Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse

Canada

100-03667/

Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse préparé par **Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc.** pour l'Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.

Also available in English under the title ***A Handbook for Health and Social Service Professionals Responding to Abuse During Pregnancy***.

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements sur les questions de violence familiale, veuillez communiquer avec :

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille
Unité de la prévention de la violence familiale
Division des questions relatives à la santé
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada
Indice de l'adresse : 1907D1
7e étage, immeuble Jeanne-Mance, Pré Tunney
Ottawa (Ontario), K1A 1B4, CANADA
Téléphone : 1–800–267–1291 ou (613) 957–2938
Télécopieur : (613) 941–8930
Téléimprimeur (FaxLink) : 1–888–267–1233 ou (613) 941–7285
ATME : 1–800–561–5643 ou (613) 952–6396
Site Web : http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn

© Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999
Cat. H72–21/165–1998F
ISBN 0–662–83269–8

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS vii
REMERCIEMENTS xi
PRINCIPES DU GUIDE xiii
PARTIE 1 : COMPRENDRE LA VIOLENCE PENDANT LA GROSSESSE 1
APERÇU 1
Qu'est-ce que la violence? 1
La violence envers les femmes en âge de procréer 2
Les coûts de la violence 2
COMPRENDRE LA DYNAMIQUE DE LA VIOLENCE 3
La séquence et le cycle de la violence 3
Les caractéristiques de la violence pendant la grossesse 3
La dynamique de la violence pendant l'âge de procréation 4
Qui sont les agresseurs? 6
Les causes générales de la violence 6
Les causes de la violence pendant la grossesse 6
Quelques théories sur les raisons pour lesquelles les hommes maltraitent les femmes pendant la grossesse 6
Les facteurs de stress après la naissance du bébé 7
Les facteurs de risque 7
Les raisons pour lesquelles les femmes restent avec un partenaire violent 8
COMPRENDRE LES CONSÉQUENCES DE LA VIOLENCE 10
Aperçu 10
Les conséquences pour la femme enceinte, le fœtus et le nourrisson 10
Les conséquences de la violence 10
Les conséquences des traumatismes 10
Les conséquences du stress 10
L'insuffisance pondérale à la naissance 11
Les conséquences de la consommation et de l'abus d'intoxicants pendant la grossesse 11
Les grossesses non désirées 12
L'avortement 12
Les fausses couches et les avortements spontanés 12
Les soins prénatals tardifs, inadéquats ou inexistants 13
La dépression et les tentatives de suicide 13
Les agressions sexuelles 13
Les maladies transmissibles sexuellement 14
Une alimentation insuffisante ou inadéquate 14
Les autres conséquences 14
Les conséquences pour les autres enfants de la famille 14
Les enfants témoins des mauvais traitements subis par leur mère 15

La violence transmise à travers les générations 15
La capacité de récupération (facteurs de protection) 15
PARTIE 2 : RÉAGIR FACE À LA VIOLENCE PENDANT LA GROSSESSE 17
POINTS D'INTERVENTION 17
APERÇU DU PROCESSUS 19
SIGNES RÉVÉLATEURS POSSIBLES 19
Rechercher les signes révélateurs de violence 19
Signes physiques 20
Signes comportementaux 20
Signes psychologiques 20
Antécédents, attitude et comportement de l'agresseur 20
PRÉPARATION 21
Quelques considérations importantes 21
Valeurs et attitude personnelles 21
Expérience personnelle 21
Aisance dans les discussions 22
Compréhension du problème, des obstacles et des besoins 22
Reconnaître et respecter le processus de changement 23
Prévoir le comportement de l'agresseur face aux professionnels de la santé et des services sociaux 23
Le rôle des professionnels face à la violence : participer à l'intervention communautaire 23
Créer un environnement sûr 24
IDENTIFICATION ET DÉPISTAGE 24
L'importance de demander s'il y a violence 24
Demander aux femmes si elles sont victimes de violence de façon routinière avant, pendant et après la grossesse 25
Comment demander aux femmes si elles sont victimes de violence 25
Questions types 26
L'outil « SAFE » 26
L'outil « ALPHA » 26
Intervention par le personnel du service d'urgence en cas de violence conjugale 27
Comment aborder les situations difficiles 27
Savoir réagir lorsque la femme refuse d'admettre qu'elle est victime de violence 28
ÉVALUATION 28
L'importance de l'évaluation 28
Validation 28
Considérations relatives à la sécurité 29
Relevé des antécédents 29
Exemple de questions à poser pendant l'entrevue 29
Examen physique 29
Évaluation des risques 30
Évaluer le risque d'homicide familial 30

INTERVENTION **31**
L'importance de l'intervention 31
Éducation, information et orientation 31
Fournir de l'information écrite 31
Planification de la sécurité 32
Préparer un « sac de sécurité » 32
Suivi 33
DÉNONCIATION ET CONFIDENTIALITÉ **33**
Ce qui doit être signalé aux autorités 33
Violence envers les enfants 33
Violence envers les femmes 34
Confidentialité 35
DOCUMENTATION DES CAS DE VIOLENCE **35**
L'importance de la documentation 35
Dossiers médicaux 35
Photographies 36
Diagramme d'emplacement des blessures 36
Autres dossiers 36
Conservation des preuves des mauvais traitements 36
PARTIE 3 : RÉAGIR FACE À LA VIOLENCE PENDANT LA GROSSESSE **39**
SURMONTER LES OBSTACLES ET TROUVER DES SOLUTIONS **39**
Obstacles structurels 39
Obstacles pour les professionnels de la santé et des services sociaux 40
Obstacles pour les femmes victimes de violence 41
STRATÉGIES DE PRÉVENTION **42**
Les activités en cours 42
Ce que les professionnels peuvent faire 43
ANNEXE A : LISTE DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES **45**
ANNEXE B : DIAGRAMME TYPE D'EMPLACEMENT DES BLESSURES **47**
ANNEXE C : EXEMPLE DE PROTOCOLE EN CAS DE VIOLENCE CONJUGALE **49**
ANNEXE D : EXEMPLE DE PROTOCOLE CONCERNANT LES AGRESSEURS PRÉSUMÉS **53**
BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE **57**

AVANT-PROPOS

Objet de ce guide

Ce guide est une ressource éducative à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent auprès des femmes victimes de violence pendant leur grossesse. L'information qui y figure aidera les professionnels à définir les besoins de ces femmes et à y répondre de façon appropriée. Les professionnels de la santé et des services sociaux ne sont pas les seuls à fournir des soins et un soutien aux femmes victimes de violence. Dans nombre de communautés, il existe d'autres ressources et sources de soutien qui, une fois combinées, peuvent aider à changer les choses.

Prévalence

Il ne fait aucun doute que la violence envers les femmes est un grave problème au Canada. Selon l'Enquête sur la violence à l'égard des femmes, menée en 1993 par Statistique Canada, 29 p. 100 des femmes ayant déjà été mariées ou ayant vécu avec un conjoint de fait ont été violentées par leur partenaire (Rodgers, 1994). Plus de la moitié (56 p. 100) des femmes qui ont dit avoir subi des voies de fait dans les 12 mois précédent l'enquête avaient entre 18 et 34 ans (Rodgers, 1994) — fourchette d'âges coïncidant avec les principales années de procréation (de plus, l'enquête a révélé que le taux de violence contre la conjointe chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans était quatre fois supérieur à la moyenne nationale (Rodgers, 1994)). Toujours selon l'enquête, *21 p. 100 des femmes qui ont dit avoir été victimes de violence de la part de leur conjoint, environ 560 000 femmes, ont précisé avoir subi ces sévices pendant la grossesse* (Statistique Canada, 1993a).

Les autres estimations sur la violence pendant la grossesse varient. Ainsi, selon une récente étude clinique menée en Ontario, 6,6 p. 100 des femmes enceintes sont victimes de violence pendant leur grossesse (Stewart et Cecutti, 1993). Selon les estimations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, l'incidence de la violence pendant la grossesse peut varier de 4 p. 100 à 17 p. 100 (SOGC, 1996). Un article publié en 1996 dans le *Journal of the American Medical Association* révèle que la prévalence de la violence pendant la grossesse signalée dans les écrits varie de 0,9 p. 100 à 20,1 p. 100, la majorité des études rapportant une prévalence de 3,9 p. 100 à 8,3 p. 100 (Gazmararian et coll., 1996). Il se peut que ces statistiques représentent une importante sous-estimation du problème, car de nombreuses femmes ne parlent pas de la violence qu'elles subissent (SOGC, 1996).

Les problèmes liés à la violence sont nombreux pour les femmes qui vivent dans des conditions désavantageuses ou isolées (p. ex. les femmes dans des collectivités rurales ou éloignées, les immigrantes et les réfugiées récentes, et les femmes ayant un handicap), parce qu'elles sont confrontées à des obstacles additionnels lorsqu'elles cherchent de l'aide (Day, 1995).

La violence familiale dans les collectivités autochtones est très préoccupante. Bien qu'il n'existe aucune statistique nationale sur la mesure dans laquelle les femmes autochtones sont victimes de violence dans le cadre de leurs relations interpersonnelles, le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones révèle que selon deux études menées en Ontario et une étude menée en Alberta au début des années 90, 48 à 91 p. 100 des femmes autochtones ont été victimes de violence dans le cadre de relations interpersonnelles (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996a). Selon une étude menée en 1993 auprès des Autochtones vivant en milieu urbain, 70 p. 100 des femmes interrogées ont été victimes de violence, principalement de la part de leur conjoint, de leur partenaire ou de leur petit ami (La Prairie, 1995).

La violence pendant la grossesse : un problème qu'il faut reconnaître

Les professionnels de la santé assurent le dépistage réguliers de divers problèmes de santé chez les femmes enceintes. Malheureusement, la grande majorité des cas de violence n'est pas détectée. Une étude canadienne menée auprès de patientes enceintes révèle que seulement 2,8 p. 100 des femmes ayant été victimes de violence pendant leur grossesse en ont parlé à leurs soignants

(Stewart et Cecutti, 1993). Paradoxalement, les femmes enceintes sont plus susceptibles d'être victimes de violence que d'être atteintes de maladies comme l'éclampisme, l'insertion vicieuse du placenta ou le diabète gestationnel, des problèmes pour lesquels elles sont régulièrement examinées (Modeland, Bolaria et McKenna, 1995; Petersen et coll., 1997).

Divers professionnels offrent des services et un soutien aux femmes, notamment des professionnels de la santé travaillant dans des cliniques et des centres de santé communautaires, et les fournisseurs de services sociaux des organismes de soins de santé, d'aide à l'enfance, de services sociaux et de santé mentale. Souvent, ces professionnels sont membres d'équipes multi-disciplinaires. Même si les professionnels de la santé et des services sociaux rencontrent des femmes victimes de violence tous les jours, il se peut qu'ils n'aient pas les connaissances, les compétences ou les outils nécessaires pour reconnaître le problème. Selon une enquête nationale menée auprès de 963 médecins de famille et généralistes et publiée en 1994, 98,7 p. 100 des professionnels interrogés pensaient qu'ils ne réussissaient pas à déceler les cas de violence envers les femmes. Parmi ces personnes, plus de la moitié (55,3 p. 100) estimaient qu'elles ne réussissaient pas à déceler au moins 30 p. 100 de tous les cas de violence (Ferris, 1994).

Les professionnels de la santé et des services sociaux : source essentielle de soins et d'assistance

Les professionnels de la santé et des services sociaux sont dans une position idéale pour identifier et aider les femmes maltraitées. Ainsi, il se peut que les femmes victimes de violence fassent plus souvent appel au système de santé qu'aux autres mécanismes de soutien en raison des blessures qu'elles subissent et d'autres problèmes de santé. Le système de santé permet aussi une intervention précoce, car les femmes maltraitées peuvent demander une aide médicale avant de faire appel à la police ou à la justice (Searle, sans date). De plus, il est fort probable que le système de santé sera la première ressource à laquelle feront appel les immigrantes ou les réfugiées victimes de violence (qui, par exemple, ne veulent pas être en contact avec la police parce qu'elles la perçoivent comme une force d'oppression ou à cause de mauvaises expériences passées) ainsi que les femmes des régions rurales, qui ne veulent pas s'adresser aux autorités locales qui connaissent l'agresseur. Dans de nombreuses collectivités du Nord et régions éloignées, les infirmières (et parfois des équipes entières de soins) sont parmi les premières personnes vers qui se tournent les femmes. La qualité des soins de santé que reçoit une femme maltraitée permet de prévoir si elle fera ensuite appel aux organismes judiciaires, sociaux et de santé (Walker-Hooper, 1981).

Les femmes victimes de violence peuvent entrer en contact avec des professionnels des services sociaux pour diverses raisons liées à leur bien-être ou à celui d'autres membres de leur famille. Ce contact peut aider une femme maltraitée à prendre la décision de mettre fin à la violence dont elle est victime.

Les documents sur la violence subie par les femmes pendant la grossesse se sont multipliés au cours des dix dernières années et les connaissances dans ce domaine complexe s'améliorent, mais les possibilités de recherche restent nombreuses (Petersen et coll., 1997; Gazmararian et coll., 1996). Les recherches sur la violence pendant la grossesse sont particulièrement limitées en ce qui a trait à l'examen des diverses circonstances, des expériences et des besoins des femmes maltraitées pendant leur grossesse. Néanmoins, on peut envisager des méthodes générales et des stratégies pratiques.

La dynamique de la violence est particulièrement complexe pendant la grossesse. Le fait d'être enceintes peut inciter certaines femmes maltraitées à demander de l'aide (Searle, sans date). Même les femmes qui n'accordent pas la priorité à leurs propres souffrances peuvent chercher de l'aide à cause du bébé (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993). La grossesse peut être le seul moment où les femmes violentées rencontrent régulièrement des professionnels qui peuvent les aider (Bohn et Parker, 1993). La plupart des femmes enceintes voient régulièrement des médecins et des infirmières dans le cadre des soins prénataux, ce qu'elles ne font pas forcément en d'autres circonstances. C'est donc un moment important pour intervenir. Cependant, la crainte que la femme violentée éprouve pour sa propre sécurité et ses liens affectifs avec l'agresseur peuvent l'empêcher de révéler qu'elle subit des mauvais traitement. Les signes de violence peuvent être variés et contradictoires pour les professionnels de la santé et des services sociaux. De plus, des éléments additionnels, par exemple la présence d'autres enfants, doivent aussi être pris en considération.

Par conséquent, il est essentiel que les professionnels de la santé et des services sociaux soient le plus en mesure possible d'offrir de l'aide aux femmes maltraitées et de les aiguiller vers d'autres sources de soutien. Pour diverses raisons, les professionnels ne devraient pas tenter de s'occuper eux-mêmes de ce problème. Dans la plupart des

collectivités canadiennes, des organismes communautaires, des hôpitaux et des centres de soins de santé gouvernementaux offrent des services aux femmes victimes de mauvais traitements (Hanvey et Kinnon, 1993). De plus en plus de professionnels de la santé et des services sociaux adoptent une démarche pluridisciplinaire afin de coordonner les services et d'améliorer l'aide aux femmes maltraitées dans leur collectivité.

Ce guide ne vise pas à établir un ensemble de directives pratiques, mais plutôt à démontrer l'ampleur du problème et à proposer des stratégies possibles d'intervention efficaces. Nous incitons les professionnels à considérer l'information qu'il renferme comme une série de suggestions et d'exemples qui les aideront à concevoir les outils dont ils ont besoin. Nous espérons que ce guide jettera une certaine lumière sur le problème de la violence pendant la grossesse, et qu'il servira de point de départ aux discussions, à la collaboration et à l'action.

Comment obtenir plus d'information

Les intéressés peuvent obtenir plus d'information sur les questions liées à la violence auprès du Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada.

Adresse postale :

Centre national d'information sur la violence dans la famille
Unité de la prévention de la violence familiale
Direction générale de la promotion et des programmes de santé
Santé Canada
Immeuble Jeanne-Mance, 7e étage
Indice de l'adresse : 1907D1
Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Site Web :

www.hc-sc.gc.ca/nc-cn

Numéros de téléphone :

Numéro sans frais : 1–800–267–1291
Numéro local : 613–957–2938
ATME sans frais : 1–800–561–5643
ATME local : 613–952–6396
Télécopieur : 613–941–8930
Téléimprimeur sans frais : 1–888–267–1233
Téléimprimeur local : 613–941–7285

REMERCIEMENTS

Le document *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse* a été préparé par le cabinet-conseil *Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc.*, dans le cadre d'un contrat avec l'Unité de prévention de la violence familiale, Division des questions relatives à la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada.

Un groupe consultatif d'experts, formé de professionnels de la santé et des services sociaux possédant des connaissances spécialisées et de l'expérience dans le domaine du bien-être et de la santé des femmes et plus particulièrement sur les questions liées à la violence pendant la grossesse, a aidé à la préparation de ce guide. Les membres du groupe consultatif se trouvent dans la colonne de droite.

Nous aimerions remercier les membres du groupe consultatif pour leur contribution généreuse et précieuse à la préparation de ce guide.

Nous aimerions également remercier les D^res^ Lorraine Ferris et Deana Midmer, avec qui nous avons échangé des idées, de l'information et des données de recherche pendant la préparation du guide. Merci également à la D^re^ Patricia Morris, qui nous a fourni des renseignements utiles sur l'expérience des médecins de famille confrontés au problème.

À Santé Canada, nous tenons à remercier Katalin Kennedy, conseillère de programmes à l'Unité de prévention de la violence familiale, qui a supervisé ce projet. Merci également à Gaby Vieira et à Leah Sims, du Centre national d'information sur la violence dans la famille, et à Lynn Austin, de la bibliothèque de Santé Canada, qui nous ont aidées à diriger nos recherches et à trouver les documents requis.

M^me^ Rosemary Bolaria
Agente de recherche
Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps
Saskatoon (Saskatchewan)

M^me^ Annette Browne
Infirmière familiale de premier recours
Professeure-adjointe
Programme de soins infirmiers
College of Arts, Social and Health Sciences
University of Northern British Columbia
Prince George (Colombie-Britannique)

M^me^ Janet Bryanton
Coordonnatrice
PEI Reproductive Care Program
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

M^me^ Glenda Carson
Infirmière spécialiste en soins cliniques périnatals
IWK Grace Health Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

M^me^ Linda Miller
Infirmière de la santé publique, soins aux parents et aux enfants
Centre local de services communautaires
Sainte-Foy - Sillery (Québec)

D^r^ Carl Nimrod
Professeur et président
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université d'Ottawa
Hôpital général d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

D^re^ Nan Schurmanns
Ancienne présidente, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)
Professeure clinique adjointe
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université d'Alberta
Edmonton (Alberta)

D^re^ Donna Stewart
Présidente du conseil de la santé des femmes
Professeure, Faculté de médecine
Université de Toronto
The Toronto Hospital
Toronto (Ontario)

Nombre d'autres personnes nous ont fourni de l'information et de l'aide, notamment Becky Skidmore, Association médicale canadienne; Carolyn Brown, rédactrice en chef, *Journal de l'Association médicale canadienne*; Danielle Bown, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; Margaret Ross, Faculté des soins infirmiers, Université d'Ottawa; Kristen Jenkins, *Ontario Medical Association*; Debbie Yates, *Women's Health Care Division*, Searle Canada; Sharon Neld, Association des infirmières et infirmiers du Canada; Rona Brown, conseillère provinciale sur la violence familiale, Île-du-Prince-Édouard; Isabel Côté et Chantal Bourassa, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (Québec).

Divers organismes américains nous ont fourni des exemplaires de presse de leurs publications. Nous aimerions remercier Pat Paluzzi, *American College of Nurse-Midwives*; Linda Chamberlain, *Alaska Domestic Violence Training Project*; Jeanne-Marie Quevedo, *Physicians for a Violence-free Society*; Anara Guard, *Children's Safety Network*.

Nous sommes également reconnaissantes pour les nombreux et excellents résumés et aperçus (extraits de livres, manuels, directives, protocoles, analyses bibliographiques, articles et fiches techniques) que nous avons pu utiliser pour rédiger ce guide. Bien que toutes les sources primaires de ces documents ne figurent pas dans notre bibliographie sommaire, nous encourageons le lecteur à les consulter. Certaines ont été particulièrement utiles, notamment l'ouvrage de Carole Warshaw, Anne L. Ganley et Patricia R. Salber, intitulé *Improving the Health Care Response to Domestic Violence*, produit par le *Family Violence Prevention Fund*, et l'article intitulé *Domestic violence and pregnancy: health effects and implications for nursing practice*, de Diane K. Bohn et Barbara Parker (chapitre 6 de Campbell J. et J. Humphreys (éditeurs), *Nursing Care of Survivors of Family Violence*).

Nous tenons aussi à remercier les personnes suivantes pour leur participation et leur aide : Carole Morency, ministère de la Justice; Rosemary Sloan, Santé Canada; Louise Hanvey, conseillère; Jessica Harrington, assistante de recherche.

Enfin, nous voulons remercier le groupe de travail sur la violence du *Toronto Hospital Abuse Task Force*, qui nous a permis de consulter sa politique sur la violence conjugale.

Liz Hart

Wanda Jamieson

PRINCIPES DU GUIDE

Il existe de nombreuses raisons morales, éthiques et juridiques pour lesquelles on essaie d'identifier et d'aider les femmes violentées et leurs enfants.

- **Sur le plan juridique**, il est important d'identifier et d'aider les femmes qui sont victimes de violence pendant leur grossesse pour deux raisons : certaines formes de violence, notamment la violence physique et sexuelle, le harcèlement criminel et les menaces de violence, sont des infractions criminelles en vertu du *Code criminel* canadien. De plus, il existe certaines obligations juridiques[1] de signaler les cas de violence présumés ou soupçonnés à l'égard des enfants.
- **Sur le plan éthique**, l'intervention en cas de violence permet d'éviter les mauvais traitements ultérieurs. Elle permet également de sauver la vie de femmes et d'enfants, et de réduire les coûts connexes en matière de santé et de services sociaux.
- **Sur le plan moral**, la violence est quelque chose de mal : aucune femme ne mérite d'être maltraitée.

L'incapacité d'identifier et d'aider les femmes victimes de violence a les conséquences suivantes :

- on comprend mal l'ampleur du problème;
- on ne s'attaque pas aux causes fondamentales de nombreux problèmes de santé et problèmes psychosociaux;
- on continue à mal classifier les femmes maltraitées et à poser des diagnostics erronés, ce qui mine leur crédibilité et risque d'épuiser leurs forces et leur énergie;
- on ne peut empêcher un nombre accru de femmes de mourir des suites de blessures graves, par homicide ou par suicide;
- des enfants risquent d'avoir des problèmes de croissance, de subir des blessures, d'être malades et de mourir;
- on offre des services médicaux ou sociaux qui sont loin d'être optimaux.

Aussi, ce guide repose sur les principes suivants :

- les femmes et les enfants ont le droit de vivre sans violence;
- les mauvais traitements sont liés à une mauvaise utilisation du pouvoir et du contrôle;
- les mauvais traitements prennent de nombreuses formes;
- les femmes ont le droit de décider si elle révéleront ou non qu'elles sont victimes de violence et de recevoir de l'aide, et ce droit doit être respecté;
- rien n'excuse la violence envers les femmes, peu importe la culture. Il est toutefois essentiel de comprendre et de respecter les perspectives et les contextes sociaux et culturels pour intervenir de façon efficace;
- les femmes enceintes victimes de mauvais traitements font face à un certain nombre de problèmes uniques dont il faut tenir compte.

[1] Au Yukon, il n'est pas obligatoire de signaler les cas de violence et de négligence à l'égard des enfants (Groupe de travail fédéral-provincial sur l'information sur les services à l'enfance et à la famille, 1994).

Il faut un important soutien coordonné pour que les femmes maltraitées reconnaissent le problème, et prennent les décisions et les mesures nécessaires pour mettre un terme à leur relation de violence. Les professionnels de la santé et des services sociaux jouent un rôle prépondérant dans cette démarche.

PARTIE 1 : COMPRENDRE LA VIOLENCE PENDANT LA GROSSESSE

APERÇU

Qu'est-ce que la violence?

La violence est l'usage du pouvoir pour essayer de blesser autrui ou l'exercice d'un contrôle qui, immédiatement ou ultérieurement, blessera autrui.

On utilise divers termes — *violence familiale, violence conjugale, violence à l'égard de la femme, violence à l'égard de l'épouse, voies de faits contre l'épouse, voies de fait contre le conjoint* — pour décrire les mauvais traitements infligés à une femme par son partenaire, des membres de sa famille, des soignants ou d'autres personnes avec qui elle a des relations intimes, familiales ou amoureuses. Les mauvais traitements peuvent prendre diverses formes, notamment la violence physique, émotive ou psychologique, verbale, environnementale, sociale, financière, sexuelle, religieuse ou spirituelle, et rituelle. La **violence physique** peut consister à gifler, à donner des coups de poing ou de pied, à mordre, à bousculer, à étrangler ou à utiliser une arme pour menacer ou blesser une femme. Elle peut comprendre tout contact ou toute négligence physique non désiré, et peut entraîner la mort. La **violence émotive ou psychologique** comprend diverses formes d'intimidation, le harcèlement, la jalousie excessive, le contrôle, l'isolement et les menaces. La **violence verbale** consiste, entre autres, à faire constamment des critiques et de fausses accusations, à blâmer, à insulter et à menacer de violence une femme ou des gens ou des choses auxquels elle tient. La **violence environnementale** consiste à faire en sorte qu'une femme ait peur quand elle est chez elle ou ailleurs en détruisant ses biens et ses possessions afin de l'intimider. La **violence sociale** peut consister à isoler la femme de ses amis et de sa famille. La **violence financière** consiste, notamment, à refuser l'indépendance financière à une femme, à l'exploiter économiquement ou à l'empêcher de participer à la gestion du budget familial et aux décisions en matière de dépenses. La **violence sexuelle** inclut toute activité sexuelle réalisée sous la contrainte, et peut consister à transmettre à une femme une maladie transmissible sexuellement en ayant des relations sexuelles non protégées. La **violence religieuse ou spirituelle** consiste, entre autres, à ridiculiser les croyances d'une femme, à utiliser ses croyances pour la manipuler, ou à refuser qu'elle ou ses enfants pratiquent leur religion. Les professionnels devraient aussi savoir que la **violence rituelle** contre les femmes et les enfants existe, et qu'elle devrait faire l'objet d'examens approfondis (Martin et Younger-Lewis, 1997; Santé Canada, 1995a).

Généralement, la violence est un modèle de comportement agressant et coercitif vis-à-vis d'une femme, impliquant :

- son partenaire actuel ou passé, dans le cadre d'un mariage ou d'une relation de cohabitation;
- l'usage répété (parfois quotidien) de diverses tactiques violentes qui, sans intervention, peut devenir plus fréquent et plus intense au fil du temps;
- la combinaison de violence physique et d'agressions psychologiques, et d'autres comportements de contrôle qui entraînent la peur et l'obéissance et blessent la femme;
- un comportement visant à contrôler la femme et à l'obliger à obéir à l'agresseur;
- un sentiment d'emprisonnement et d'isolement croissant chez la femme.

(Salber et Taliaferro, 1995)

La violence envers les femmes est liée à un ensemble d'inégalités comportementales et structurelles entre les hommes et les femmes (Condition féminine Canada, 1995). Elle se manifeste dans une variété de relations et de contextes sociaux. Les femmes sont maltraitées peu

importe leur âge, leur race, leur origine ethnique, leur éducation, leur identité culturelle, leur situation socioéconomique, leur profession, leur religion, leur orientation sexuelle et leur personnalité. La violence a de graves conséquences pour les femmes, leurs enfants, leurs familles, leurs communautés et leurs agresseurs.

La violence envers les femmes en âge de procréer

Une femme peut être maltraitée par quelqu'un qu'elle connaît, en qui elle a confiance, qu'elle respecte et qu'elle aime à pratiquement n'importe quel moment de sa vie (Wilson et coll., 1996) : dans l'enfance, à l'adolescence, à l'âge adulte et pendant ses vieux jours. Toutefois, on constate de plus en plus que les femmes en âge de procréer sont plus à risque. L'enquête sur la violence à l'égard des femmes a révélé que plus de la moitié (56 p. 100) des femmes ayant été victimes de violence conjugale dans l'année ayant précédé l'enquête avaient entre 18 et 34 ans, période qui coïncide avec les principales années de procréation (Rodgers, 1994).

La violence peut avoir des conséquences sur la santé des femmes et leurs choix en matière de reproduction. Ainsi, leurs choix quant à la conception peuvent être influencés par les éléments suivants :

- le contrôle ou la coercition sexuels par l'agresseur;
- une grossesse non désirée (à la suite de coercition);
- la décision de tomber enceinte pour mettre fin à la violence.

La mutilation des organes génitaux de la femme, associée à la circoncision dans certaines cultures, représente une autre forme de violence envers les femmes et peut avoir des conséquences sur la santé et les choix en matière de reproduction.

La grossesse peut entraîner la violence (Rodgers, 1994) ou l'intensifier (Stewart et Cecutti, 1993). Le fait de subir des mauvais traitements pendant la grossesse peut gravement influencer la santé et le bien-être de la femme, du bébé et des autres enfants dont elle s'occupe.

Les coûts de la violence

Les coûts de la violence sont très élevés. Les femmes maltraitées souffrent, entre autres, d'un sentiment de dégradation et d'humiliation, de dommages psychologiques et de blessures physiques, et peuvent même en mourir. La violence pendant la grossesse peut avoir de graves conséquences pour la santé et le développement du fœtus et du nouveau-né. De plus, les enfants qui vivent dans un foyer violent risquent d'être maltraités eux-mêmes ou d'être témoins des mauvais traitements infligés à leur mère. Selon certaines estimations, la proportion d'enfants de femmes maltraitées qui sont exposés à cette violence varie de 40 à 80 p. 100. Ces enfants peuvent souffrir de blessures physiques ou psychologiques, de troubles du développement et, dans certains cas, perdre leur mère ou leur famille. De plus, cette violence peut leur être transmise par l'agresseur, et ils risquent d'être eux-mêmes violents avec leurs partenaires à l'âge adulte (Santé Canada, 1996).

Il en coûte très cher de soigner les blessures et les problèmes de santé chroniques dus à la violence et les ressources pourraient être utilisées ailleurs. L'augmentation du taux d'accidents et la perte de productivité au travail nuisent à l'économie. Les femmes et les enfants blessés et traumatisés ne sont plus en mesure de contribuer pleinement à la société. En termes monétaires, de récentes études canadiennes révèlent ce qui suit :

- **la violence envers les femmes pourrait coûter plus de 4,2 milliards de dollars par année** (services sociaux et éducation, santé et médecine, justice pénale et travail) (Greaves et coll., 1995);
- **à eux seuls, les coûts liés à la santé s'élèvent à plus de 1,5 milliard de dollars par année** (ce chiffre n'est que la pointe de l'iceberg, selon l'auteur de l'étude) (Day, 1995).

COMPRENDRE LA DYNAMIQUE DE LA VIOLENCE

La séquence et le cycle de la violence

Comprendre la dynamique de la violence, c'est reconnaître les faits suivants :

- **La violence repose sur le pouvoir et le contrôle.** Tous les agresseurs utilisent une série de tactiques de contrôle et d'intimidation afin de détenir le pouvoir dans leur relation et de contrôler la femme.

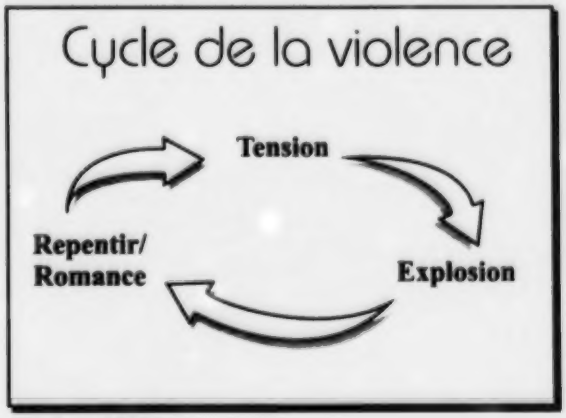
- **Dans les cas de violence, l'agresseur isole la femme de sa famille, de ses amis et de la communauté.** Souvent, en plus de perdre tout contact avec sa famille et ses amis, la femme ne peut s'adresser à des professionnels de la santé ou des services sociaux, soit parce que l'agresseur craint d'être découvert et l'en empêche, soit parce qu'elle ne dispose pas des ressources financières, d'un moyen de transport ou de la liberté de mouvement nécessaires.

- **La violence est un modèle de comportement systématique.** Dans la plupart des cas, la violence se produit selon une séquence répétitive, souvent appelée le cycle de la violence (Walker, 1979). **Pendant la naissance des tensions**, le stress et la tension augmentent chez l'agresseur. Cette période peut durer quelques heures, quelques jours ou quelques semaines, pendant lesquels la femme tentera d'éviter l'éclatement en satisfaisant aux demandes de l'agresseur. Elle pourra alors avoir l'impression de « marcher sur des œufs ». **Quand la tension atteint son point culminant**, l'agresseur éclate, laissant libre cours à sa colère et à sa rage, et essayant de contrôler la situation en maltraitant l'autre. Une fois l'incident violent terminé survient **une période de calme**, pendant laquelle l'agresseur s'excuse et promet de changer. Ce cycle se répète sans cesse. Souvent, les incidents de violence deviennent de plus en plus fréquents et intenses, et les périodes de calme relatif plus brèves.

- **Le cycle de la violence respecte une séquence et un modèle distincts.** Les femmes violentées traversent souvent les périodes suivantes :

  - une peur grandissante;
  - une impression d'isolement;
  - des adaptations de plus en plus complexes (psychologiques et psychosociales);
  - une alternance de moments d'espoir (les choses vont s'améliorer ou changer, la violence va cesser, elles vont s'enfuir) et de peur croissante pour elles-mêmes et leurs enfants, pour leur survie.

(Modeland, Bolaria et McKenna, 1995; Stark, 1994)



(Walker, 1979)

Les caractéristiques de la violence pendant la grossesse

L'Enquête sur la violence à l'égard des femmes menée en 1993 révèle qu'au Canada :

- vingt et un pour cent des femmes maltraitées par leur partenaire l'ont été pendant leur grossesse;

- chez 40 p. 100 des femmes maltraitées pendant leur grossesse, la violence *a commencé* quand elles étaient enceintes;

- les femmes maltraitées pendant leur grossesse étaient quatre fois plus nombreuses que les autres femmes maltraitées à dire qu'elles avaient subi de très mauvais traitements (coups, étranglement, menaces avec une arme à feu ou un couteau, agressions sexuelles);

- un peu plus de 100 000 femmes agressées pendant leur grossesse ont fait une fausse couche ou ont souffert de blessures internes à cause des mauvais traitements subis.

(Statistique Canada, 1993a; Rodgers, 1994; Johnson, 1996)

Une étude canadienne menée auprès de 548 patientes prénatales ayant révélé un taux de violence de 6,6 p. 100 pendant la grossesse a aussi démontré ce qui suit :

- près de 11 p. 100 des participantes ont dit avoir été victimes de violence avant la grossesse en cours;
- parmi les femmes enceintes maltraitées, 86,1 p. 100 ont dit avoir déjà subi de mauvais traitements;
- près des deux tiers des femmes maltraitées (63,9 p. 100) ont dit que la violence s'était intensifiée pendant la grossesse.

(Stewart et Cecutti, 1993)

Une étude canadienne ultérieure a révélé que :

- quatre-vingt-quinze pour cent des femmes violentées pendant les trois premiers mois de leur grossesse l'ont aussi été dans les trois mois suivant l'accouchement. Chez ces femmes, la violence *a augmenté* après la naissance du bébé (Stewart, 1994).

Les recherches indiquent aussi que la violence pendant la grossesse est un grave problème chez les femmes plus jeunes :

- selon l'Enquête sur la violence à l'égard des femmes, les jeunes femmes de 18 à 24 ans risquent particulièrement de subir de mauvais traitements dans le cadre de leurs relations (Rodgers, 1994). Ainsi, il semble que les jeunes femmes enceintes courent un risque élevé de subir des sévices pendant la grossesse;
- au Canada, le taux de grossesse chez les adolescentes de 15 à 19 ans augmente depuis 1987. Le taux national de grossesse chez les adolescentes était de 48,8 p.100 en 1994 et est beaucoup plus élevé dans certaines régions (Wadhera et Millar, 1997). Par conséquent, il faut tenir compte du risque de violence pendant la grossesse dans cette tranche de la population.

En résumé, on dispose de plus en plus d'information sur les caractéristiques de la violence pendant la grossesse. Cette information révèle que, dans certains cas, la violence a commencé quand la femme est tombée enceinte. Cependant, **dans la plupart des cas, elle vient à la suite de mauvais traitements subis avant la grossesse** (Bohn et Parker, 1993). Souvent, la violence s'intensifie pendant la grossesse, et les femmes peuvent subir des formes de violence plus graves, ou plus précises, quand elles sont enceintes. De plus, les femmes qui sont victimes de violence pendant leur grossesse courent un risque égal ou plus élevé de subir des mauvais traitements après la naissance de l'enfant. Les jeunes femmes enceintes courent le plus grand risque d'être victimes de violence.

La dynamique de la violence pendant l'âge de procréation

Souvent, les femmes agressées quand elles sont en âge de procréer le sont de façons liées à la reproduction (notamment la sexualité, la conception, la grossesse, l'accouchement et les soins au nourrisson).

Avant la grossesse, l'agresseur peut contrôler les choix et les décisions de la femme en matière de conception des façons suivantes :

- l'agresser sexuellement;
- l'obliger à avoir des relations sexuelles ou refuser d'en avoir;
- refuser d'utiliser ou de lui permettre d'utiliser un moyen de contraception (ce qui pourrait entraîner une grossesse non désirée);
- l'obliger à utiliser un moyen de contraception (ce qui pourrait l'empêcher de tomber enceinte);
- refuser de se protéger contre la transmission de maladies transmissibles sexuellement ou de l'infection à VIH. Cela est particulièrement inquiétant quand on sait que l'agresseur a des comportements à risques élevés comme les relations sexuelles avec des partenaires multiples ou l'utilisation de drogues injectables.

(Martin et Younger-Lewis, 1997; Madsen, 1996)

Une fois que la femme est enceinte, l'agresseur peut :

- obliger la femme à se faire avorter;
- la blesser dans l'intention de lui faire perdre le bébé;
- la blesser pour qu'elle fasse une fausse couche;
- l'obliger à poursuivre une grossesse non désirée.

(Martin et Younger-Lewis, 1997)

Certaines femmes victimes de violence deviennent enceintes dans l'espoir de réduire ou de faire cesser les mauvais traitements. Par conséquent, ces femmes peuvent essayer de rester enceintes afin de se protéger contre la violence de leur partenaire (Bohn et Parker, 1993;

Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps, 1997). Bien que cela puisse être efficace dans un petit nombre de cas, la violence recommence souvent après la naissance du bébé. De plus, pour la plupart des femmes, la grossesse entraîne en réalité une intensification de la violence (Stewart et Cecutti, 1993; Searle, sans date). Le fait est que de nombreuses femmes enceintes risquent de subir de mauvais traitements. La grossesse est aussi une période dangereuse pour les enfants des femmes maltraitées (Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps, 1997).

Pendant la grossesse, l'agresseur peut :

- commencer, poursuivre ou modifier le cycle de la violence (p. ex. la violence peut s'intensifier, les agressions peuvent être concentrées sur le ventre, les organes génitaux ou les seins de la femme enceinte);
- contrôler, limiter, retarder ou interdire l'accès à des soins prénatals;
- utiliser sa grossesse comme arme de violence affective, en :
  - refusant d'avoir des relations sexuelles sous prétexte que son corps lui est repoussant;
  - niant être le père de l'enfant;
  - refusant de la soutenir pendant la grossesse;
  - refusant de la soutenir pendant l'accouchement;
- user de violence financière en refusant de lui donner de l'argent pour acheter des aliments et d'autres produits;
- limiter son accès à la nourriture;
- la menacer de la quitter ou de la dénoncer en tant que mauvaise mère aux autorités responsables de la protection de l'enfance;
- l'obliger à travailler au delà de ses forces pendant la grossesse.

(Ferris et coll., sans date; Lent, B., 1991; Bohn et Parker, 1993; Modeland, Bolaria et McKenna, 1995; Salber et Taliaferro, 1995; Martin et Younger-Lewis, 1997)

Pendant le travail et l'accouchement, l'agresseur peut :

- essayer de contrôler les décisions de la femme quant au recours aux analgésiques ou à d'autres interventions;
- demander au médecin de remettre le vagin de la femme dans l'état où il était avant l'accouchement;
- faire des remarques négatives sur le sexe du bébé après la naissance.

Après la naissance du bébé, l'agresseur peut :

- être encore plus violent;
- utiliser la relation entre la mère et le bébé dans le cadre des sévices, comme suit :
  - lui refuser l'accès au nouveau-né;
  - ne pas la soutenir ou ne pas l'aider lorsqu'elle est revenue à la maison avec le bébé;
  - vouloir des relations sexuelles rapidement après la naissance du bébé;
  - la blâmer parce que le bébé est du « mauvais » sexe;
  - bouder ou essayer de la culpabiliser à cause du temps qu'elle consacre au bébé;
  - dénigrer sa capacité de s'occuper du bébé;
  - enlever le bébé ou la menacer de le faire;
  - lui dire qu'elle n'aura jamais la garde du bébé;
  - l'obliger à rester à la maison avec le bébé;
  - l'empêcher de trouver un travail ou l'y obliger;
  - l'accuser ou la menacer de l'accuser de maltraiter le bébé;
  - refuser de lui donner de l'argent (p. ex. pour le lait maternisé, les aliments et les couches);
  - la blâmer parce que le bébé pleure ou pour d'autres problèmes.

(Stewart, 1994; Martin et Younger-Lewis, 1997)

Il se peut également que les femmes maltraitées ne puissent pas prendre de décision quant à l'allaitement du bébé pour les raisons suivantes :

- leur partenaire prend lui-même la décision;
- leur partenaire les oblige à allaiter le bébé;
- leur partenaire leur interdit ou les dissuade d'allaiter le bébé.

(Martin et Younger-Lewis, 1997)

Il se peut que les femmes maltraitées ne puissent allaiter leur bébé convenablement pour les raisons suivantes :

- leur entourage a fait en sorte qu'elles ne se sentent pas à l'aise quand elles allaitent;
- elles ont été conditionnées à croire que leur corps ne leur appartient pas en propre;
- leur assurance et leur confiance sont minées par les remarques négatives de leur partenaire;
- elles manquent d'information sur l'allaitement ou, même si elles en disposent, elles ne jouissent pas du soutien nécessaire;
- elles manquent de connaissances à cause de l'absence de soutien, de l'incapacité d'accéder aux ressources nécessaires, de l'anxiété, de la tension du milieu et du contrôle du partenaire, qui est jaloux du rapport intime et unique que l'allaitement crée entre la mère et le bébé.

(Townsend, sans date)

Qui sont les agresseurs?

Les femmes enceintes peuvent être agressées par leur conjoint, leur partenaire, leur amant ou leur petit ami actuel ou passé (Stewart et Cecutti, 1993), ou par leurs soignants (Santé Canada, 1993), leurs parents, leurs frères et sœurs, leurs enfants ou d'autres proches[2].

Les causes générales de la violence

Il n'existe pas de raison simple à la violence commise contre les femmes. Les femmes subissent de mauvais traitements pour diverses raisons :

- leur agresseur a appris à être violent en observant sa famille et la société;
- l'agresseur a découvert que c'est un moyen efficace de prendre ou de reprendre le contrôle;
- les attitudes et les normes sociales sanctionnent le recours à la violence pour contrôler autrui;
- de fortes inégalités entre les hommes et les femmes soutiennent l'idée voulant que la violence envers les femmes soit une affaire privée et permettent aux gens de fermer les yeux quand ils en sont témoins.

Il arrive parfois que les conséquences de la violence et les facteurs qui y sont liés soient faussement considérés comme en étant des « causes ». Ainsi, bien que la violence puisse être reliée aux facteurs suivants, **elle n'est pas causée par :**

- la consommation d'alcool ou d'autres drogues;
- la colère;
- le stress;
- une chose que la femme a faite ou dite;
- des problèmes de couple.

(comme le résument Warshaw, Ganley et Salber, 1993)

Les causes de la violence pendant la grossesse

La grossesse n'est pas une cause de violence, mais elle constitue clairement une période pendant laquelle les femmes risquent d'être agressées (Statistique Canada, 1993b; Stewart et Cecutti, 1993). On a fait de nombreuses spéculations quant au rapport entre la grossesse et la violence. Des spécialistes et des survivantes ont proposé diverses explications, notamment les exemples ci-dessous, mais de nombreux spécialistes croient aujourd'hui que **la violence est déclenchée par l'agresseur, par son désir de pouvoir et de contrôle et sa conviction qu'il arrivera à ses fins par la violence et la coercition** (Bohn et Parker, 1993).

Quelques théories sur les raisons pour lesquelles les hommes maltraitent les femmes pendant la grossesse

La violence peut être :

- une forme prénatale de violence envers l'enfant;
- une tentative (consciente ou inconsciente) de mettre un terme à la grossesse de la femme ou de tuer le fœtus;
- une tentative de provoquer un avortement.

[2] Il n'existe pas de données canadiennes sur la question, mais certaines recherches menées aux États-Unis indiquent que les adolescentes enceintes risquent particulièrement d'être maltraitées par leur famille d'origine (Guard, 1997).

L'agresseur est jaloux et :

- voit le fœtus comme un rival pour l'amour et l'attention de sa partenaire;
- considère le fœtus comme un « intrus » dans la relation;
- a l'impression de perdre son pouvoir et son contrôle sur la femme alors qu'elle commence à concentrer son attention sur sa propre santé et sur celle du fœtus;
- n'aime pas les contacts plus nombreux de la femme avec sa famille et les soignants, ni l'attention accrue dont elle fait l'objet pendant sa grossesse.

La violence pendant la grossesse est due à un stress causé par :

- une grossesse non désirée ou non planifiée;
- un mariage à cause de la grossesse;
- la conviction que cette grossesse est un fardeau émotif et financier;
- un conflit au sujet de la grossesse (entre la femme et son partenaire).

L'agresseur peut éprouver :

- le sentiment qu'il perd son contrôle sur la femme;
- de la colère parce que sa partenaire a moins d'énergie et est moins en mesure de prendre soin de lui;
- un sentiment ambivalent face à la grossesse;
- du ressentiment face aux responsabilités accrues entraînées par l'enfant ou par un autre enfant;
- de la colère parce qu'il trouve la femme moins attirante en raison de son état;
- de la frustration parce que la grossesse peut modifier le comportement sexuel de la femme à son égard (moins grande disponibilité);
- de la colère parce qu'elle a besoin de réduire sa charge de travail ou de prendre un congé de maternité.

(Searle, sans date; Bohn et Parker, 1993; Stewart et Cecutti, 1993)

Les facteurs de stress après la naissance du bébé

Des situations stressantes, par exemple quand le bébé pleure ou qu'il a des coliques, peuvent aussi influencer la dynamique de la violence.

> « On sait que la période post-partum est stressante. Le couple doit faire face aux exigences du nouveau bébé, assumer son rôle de parents, modifier ses interactions avec autrui (p. ex. les parents), supporter le manque de sommeil, une responsabilité financière accrue et une activité sexuelle réduite, et s'adapter aux changements physiques et hormonaux vécus par la mère. » (Stewart, 1994)

Les facteurs de risque

Une étude canadienne a démontré que **le principal facteur prédictif de violence pendant la grossesse est celui des antécédents violents**. D'autres facteurs de risque relevés dans l'étude comprennent l'instabilité sociale (notamment le fait d'être trop jeunes, pas mariés, moins instruits, sans emploi et de vivre une grossesse non planifiée), un mode de vie malsain (notamment une mauvaise alimentation, la consommation d'alcool ou de stupéfiants et des problèmes émotifs), des problèmes de santé physiques et psychologiques (notamment la consommation de médicaments sous ordonnance)[3] (Stewart et Cecutti, 1993).

Une autre étude canadienne a révélé que **les femmes qui subissent de mauvais traitements avant ou pendant la grossesse courent un risque accru d'être victimes de violence après la naissance du bébé** (Stewart, 1994). Selon une récente analyse méthodique de la documentation sur le sujet, il existe d'autres facteurs de risque qui semblent étroitement liés à la violence post-partum : absence de soutien social; événements stressants récents; violence actuelle ou passée envers la mère; troubles psychiatriques passés ou actuels chez la mère; grossesse non désirée *(remarque : au moins la moitié de toutes les grossesses (Action on Women's Addictions—Research & Education, 1996), y compris la majorité des grossesses chez les adolescentes (Guard, 1997), ne sont pas planifiées)*; soins prénatals inadéquats; consommation d'alcool ou de drogue par la mère ou son partenaire. De plus, une mauvaise adaptation conjugale, des attentes traditionnelles quand au rôle de l'homme et de la femme, des antécédents de violence pendant l'enfance de la mère ou de son partenaire, un manque d'estime de soi chez la mère, et l'absence de soins prénatals avant le troisième

[3] Comme le précisent les auteurs, certains de ces facteurs peuvent être le résultat des mauvais traitements.

trimestre sont aussi des facteurs de risque de violence post-partum (Wilson et coll., 1996).

Les groupes de femmes suivants peuvent aussi courir un risque élevé de violence : les femmes enceintes (Stewart et Cecutti, 1993); les femmes dont la grossesse n'est pas désirée ou arrive à un mauvais moment (ce qui multiplie le risque de violence physique par quatre) (Donovan, 1995; Gazmararian et coll., 1995); les adolescentes enceintes (Guard, 1997); les femmes en période post-partum (Stewart, 1994).

Les raisons pour lesquelles les femmes restent avec un partenaire violent

Il importe de reconnaître comment le cycle de la violence piège les femmes. Il arrive souvent que les femmes victimes de violence restent ou retournent avec leur agresseur. Elles peuvent minimiser ou nier la violence. Elles peuvent croire que c'est de leur faute. Elles peuvent penser qu'elles n'ont aucun moyen facile ou efficace de quitter l'agresseur ou de le tenir à distance. Si l'agresseur a menacé la femme de la blesser ou de la tuer si elle le quitte, celle-ci peut croire qu'il est plus sûr de rester avec lui que de le quitter. Il se peut qu'elle soit amoureuse de lui et espère qu'il va changer de comportement. Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, nous présentons ci-dessous quelques-unes des raisons pour lesquelles une femme peut rester avec un partenaire violent :

- elle craint qu'on ne la croie pas;
- elle espère que la relation va s'améliorer parce que l'agresseur a souvent des remords;
- elle pense que c'est elle qui est à la source du problème et que c'est elle qui doit changer son comportement;
- elle est tenue à l'écart des sources de soutien par l'agresseur;
- elle est incapable de se soustraire au contrôle de l'agresseur (y compris le contrôle de ses finances);
- elle n'a pas d'autre source de revenu;
- elle manque de formation ou de compétences professionnelles;
- elle n'a aucun endroit où aller avec ses enfants;
- elle a peur d'être épiée ou tuée par son partenaire;
- elle a peur qu'il se tue si elle le quitte;
- elle a grandi en voyant sa mère se faire maltraiter;
- elle a eu une enfance violente et pense que c'est normal;
- des pressions familiales ou communautaires l'incitent à rester avec l'agresseur;
- elle croit que la foi et la doctrine religieuses (p. ex. la prescription contre le divorce) lui interdisent de partir;
- elle ne veut pas séparer les enfants de leur père;
- elle est fatiguée ou déprimée à cause du stress continu qu'elle subit;
- elle manque de confiance en elle;
- elle se sent démunie, sans emprise sur sa propre vie;
- elle a besoin d'être aimée.

(Townsend, sans date; Stark, 1994; Hotch et coll., 1995; Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps, 1997)

La nouvelle immigrante peut éprouver des craintes additionnelles, par exemple la peur de l'autorité et de la déportation (pour elle ou sa famille), si elle quitte son partenaire ou si son rapport de parrainage cesse (ministère de la Justice du Canada, 1995). Peut-être qu'elle subit d'intenses pressions familiales et communautaires qui l'incitent à endurer les mauvais traitements. Peut-être qu'elle n'ose pas faire appel aux réseaux de soutien communautaires. Il se peut également qu'elle n'ait pas les moyens de s'assumer financièrement. Souvent, la langue est un obstacle auquel se heurtent les immigrantes qui ont besoin d'aide.

Les femmes qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées peuvent penser qu'elles devront quitter la collectivité, et tout ce qui leur est familier, pour être en sécurité. Cet isolement et cette absence d'accès aux ressources sont des obstacles supplémentaires.

Les femmes handicapées peuvent avoir besoin des soins de l'agresseur (notamment l'affection, la communication et un soutien financier, physique et médical), peuvent ne pas avoir accès à un moyen de transport, et peuvent être incapables d'accéder à l'information, aux services et aux systèmes de soutien communautaires (Santé Canada, 1993).

Une femme qui a déjà des enfants peut :

- être incapable de se sauver avec eux;
- ne pas vouloir changer le mode de vie auquel ils sont habitués;
- craindre que si elle s'en va, elle ou les enfants subiront une violence accrue, ou risqueront d'être tués;
- vouloir que les enfants vivent en compagnie de leur père;
- manquer de confiance dans sa capacité de s'occuper seule des enfants;
- craindre que ses enfants soient pris en charge par les responsables de la protection de l'enfance si elle demande de l'aide;
- craindre que son partenaire ait la garde des enfants.

(Hotch et coll., 1995; ministère de la Justice du Canada, 1995; Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps, 1997)

La situation des personnes à sa charge (y compris les enfants, les parents, d'autres proches et les membres de la famille élargie) peut influencer la décision de la femme. Ainsi, elle peut avoir de la difficulté à s'en aller avec une personne à charge malade ou handicapée.

Il existe bien entendu de nombreux obstacles structurels — les ressources financières, l'absence de logements abordables, etc. — qui empêchent les femmes de se sortir d'une situation de violence. Ces problèmes peuvent être aggravés pendant et après la grossesse. Pendant une grossesse, la femme est plus vulnérable, ce qui peut être un obstacle supplémentaire qui l'empêche de s'en aller. Ainsi, elle peut avoir besoin d'argent et avoir physiquement plus de difficulté à faire certaines choses, surtout si sa grossesse entraîne des complications médicales.

Si elle n'a pas accès à un moyen de transport, ses options sont plus limitées encore. En conséquence, elle se sent davantage isolée. Les attitudes peuvent aussi être un obstacle. Bien des gens pensent que tout va bien dans la relation si la femme est enceinte. Compte tenu des preuves de l'existence de violence pendant la grossesse, c'est un mythe qu'on doit détruire.

Il se peut qu'une femme reste avec un partenaire violent par peur d'être tuée. Cette peur doit être prise au sérieux. Si l'agresseur menace de la tuer, elle sait qu'elle est plus en sécurité si elle reste avec lui. En fait, pour les femmes victimes de violence, la séparation constitue une période dangereuse.

Malgré les diverses façons dont une femme peut être piégée par la violence, **le fait qu'elle reste ou retourne avec un partenaire violent ne veut pas dire qu'elle accepte la violence.** Cela est au contraire révélateur du stade de la relation de violence qu'elle vit. Généralement, la femme essaiera diverses stratégies pour mettre fin ou faire face à la violence (Stark, 1994) et tentera de se protéger et de protéger ses enfants. Souvent, elle essaiera de se sauver (parfois à plusieurs reprises) (Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps, 1997). Les stratégies utilisées dépendent des circonstances et des choix qui s'offrent à elle.

COMPRENDRE LES CONSÉQUENCES DE LA VIOLENCE

Aperçu

On a beaucoup écrit sur les graves conséquences physiques et psychologiques que la violence a sur les victimes. Il est clair que les femmes qui sont maltraitées pendant leur grossesse (et leurs enfants) peuvent subir certaines ou toutes les conséquences connues de la violence, notamment de graves traumatismes physiques ou psychologiques et la mort.

La recherche indique que la violence commise pendant la grossesse peut avoir des conséquences directes et indirectes. Nombre de complications et d'issues défavorables de la grossesse sont liées aux mauvais traitements. Certaines sont des conséquences directes de la violence dues à un traumatisme physique, alors que d'autres sont indirectes, pouvant découler de facteurs complexes et corrélatifs comme le stress, la consommation de drogues, les tentatives de suicide, la dépression, de mauvais soins prénatals et des complications obstétriques et gynécologiques (Bohn et Parker, 1993).

Les conséquences pour la femme enceinte, le fœtus et le nourrisson

Les conséquences de la violence

Ces dernières années, des chercheurs ont tenté d'en savoir plus sur les conséquences précises de la violence pendant la grossesse sur l'issue de celle-ci. Cependant, selon une étude documentaire récente, leurs travaux n'ont pas été concluants, pour diverses raisons. Néanmoins, étant donné que la violence est liée à un stress et à des traumatismes physiques, il faut considérer les preuves existantes sur les conséquences du stress et des traumatismes physiques pendant la grossesse (Petersen et coll., 1997).

Les conséquences des traumatismes

Les recherches ont démontré que les femmes enceintes qui vivent de graves traumatismes physiques au ventre *(remarque : une étude canadienne a révélé que l'endroit le plus souvent frappé pendant la grossesse est le ventre [Stewart et Cecutti, 1993])* peuvent avoir une issue défavorable de la grossesse, notamment :

- le décollement prématuré du placenta normalement inséré (séparation);
- le travail et l'accouchement avant terme;
- la mort du fœtus (non liée au décollement du placenta);
- le décès *in utero* du fœtus non viable;
- un avortement spontané;
- un préjudice corporel direct au fœtus, notamment des fractures du crâne, une hémorragie intracrânienne et des fractures osseuses;
- une hémorragie fœto-maternelle;
- le choc maternel (notamment à cause de la perte de sang);
- la rupture de l'utérus, de la rate, du diaphragme ou du foie;
- la mort néonatale.

(Petersen et. coll., 1997)

Les conséquences du stress

Selon certaines recherches, le stress est lié aux issues défavorables de la grossesse. Il peut affecter la grossesse indirectement (conséquences du comportement ou conséquences physiologiques), puisqu'il peut inciter certaines femmes à adopter des comportements néfastes pour leur santé. Elles peuvent, entre autres, avoir recours au tabagisme ou à la consommation de drogues comme mécanismes d'adaptation négatifs (voir les conséquences de l'abus d'intoxicants ci-dessous). Les femmes qui subissent un stress peuvent aussi avoir de la difficulté à prendre soin d'elles-mêmes, plus précisément à se nourrir de façon adéquate, à se reposer, à faire de l'exercice et à obtenir les soins médicaux nécessaires.

Les quelques études sur les conséquences physiologiques du stress chez la femme enceinte et le fœtus ont démontré que les problèmes de santé précis liés au stress comprennent, entre autres :

- troubles des systèmes nerveux et hormonal;
- augmentation de la tension artérielle;
- diminution du débit sanguin vers l'utérus et le fœtus;
- plus grande sensibilité aux infections;
- travail et accouchement avant terme;

- libération de bêta-endorphine maternelle pouvant influencer le développement des tissus nerveux du fœtus.

(Petersen et coll., 1997)

L'insuffisance pondérale à la naissance

Certains éléments indiquent que les femmes violentées pendant la grossesse peuvent courir un risque accru de donner naissance à des bébés dont le poids est insuffisant et à des bébés prématurés (Petersen et coll., 1997; Bohn et Parker, 1993). La majorité des bébés dont le poids est insuffisant à la naissance sont prématurés. L'insuffisance pondérale à la naissance entraîne les risques suivants :

- mort du nourrisson;
- maladie du nourrisson et de l'enfant;
- incapacités chez le nourrisson et l'enfant.

(Conseil national du bien-être, 1997; Hanvey et coll., 1994)

Les conséquences de la consommation et de l'abus d'intoxicants pendant la grossesse

Le lien entre la violence envers les femmes et la consommation et l'abus d'intoxicants est clair :

> « on estime qu'en moyenne, 63 p. 100 des femmes qui demandent de l'aide parce qu'elles sont victimes de violence ont un problème d'abus d'intoxicants, et 66 p. 100 des femmes qui demandent de l'aide parce qu'elles ont un problème de dépendance ont déjà été victimes de violence. » (Meredith, 1996)

On a constaté que le taux de consommation de drogues, d'alcool et de tabac, et d'abus d'intoxicants pendant la grossesse est plus élevé chez les femmes maltraitées (Bohn et Parker, 1993)[4]. Comme l'usage de tabac, d'alcool ou de drogues peut être un moyen de s'adapter à l'anxiété et à la dépression provoquées par les mauvais traitements, il ne sert à rien d'essayer de sensibiliser les femmes enceintes aux effets de ces substances sur le fœtus (surtout si elles ne croient pas que leur comportement influence la santé du fœtus, ou si elles pensent que c'est une question de chance). Cette approche sera inefficace si l'estime que la femme a d'elle-même et son sentiment de pouvoir ne sont pas améliorés, ce qui est peu probable dans un foyer marqué par la violence (Stewart et Cecutti, 1993).

Les enfants nés de mères qui ont été victimes de violence pendant leur grossesse peuvent être indirectement touchés par cette violence. Nombre des conséquences sont complexes et interdépendantes. Ainsi, les femmes enceintes maltraitées qui n'ont pas le sentiment d'exercer un « contrôle interne » sur la santé du fœtus ou l'issue de la grossesse peuvent être plus enclines à fumer, à boire et à faire usage de médicaments ou de drogues pendant leur grossesse (Stewart et Cecutti, 1993).

Les enfants nés de mères qui fumaient ou abusaient d'intoxicants pour supporter le stress causé par la violence peuvent souffrir de diverses conséquences graves.

L'usage du tabac pendant la grossesse est lié aux problèmes suivants :

- poids insuffisant à la naissance;
- naissance avant terme;
- décès intra-utérin du fœtus;
- rupture prématurée des membranes;
- insertion vicieuse du placenta;
- décollement prématuré du placenta normalement inséré;
- autres complications mère-fœtus-nourrisson.

(Bohn et Parker, 1993)

La consommation de drogues pendant la grossesse est liée aux problèmes suivants :

- poids insuffisant à la naissance;
- naissance avant terme;
- malformation congénitale;
- restriction de la croissance intra-utérine;
- décès intra-utérin du fœtus;
- asphyxie;
- maladie des membranes hyalines;

[4] La trousse de documentation éducative LIEN (LIEN : Violence contre les femmes et les enfants dans les relations et l'usage d'alcool et de drogue : Chercher des solutions) établit un lien entre les travailleurs de première ligne dans le domaine de la toxicomanie et ceux traitant de la violence familiale (Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 1995).

- comportement et contrôle de la situation anormaux;
- retard mental;
- symptômes de sevrage;
- infarctus cérébral (en cas d'usage de cocaïne);
- risque accru de mort soudaine du nourrisson (en cas d'usage de cocaïne);
- fausse couche;
- décollement prématuré du placenta normalement inséré;
- soins prénatals tardifs ou absents;
- anémie;
- maladies transmissibles sexuellement et autres maladies infectieuses;
- problèmes liés au rôle parental.

(Bohn et Parker, 1993)

La toxicomanie et l'infection à VIH sont aussi des préoccupations.

La consommation d'alcool pendant la grossesse, surtout si elle est chronique ou élevée, est liée à de nombreux problèmes chez le fœtus et le nourrisson, notamment :

- retard mental et retard de croissance;
- poids insuffisant à la naissance;
- microcéphalie;
- anomalies comportementales, faciales, des membres, cardiaques, génitales et neurologiques.

(Bohn et Parker, 1993)

Les grossesses non désirées

Chez certaines femmes maltraitées, la grossesse est une conséquence des sévices (elles sont obligées d'avoir des relations sexuelles ou leur partenaire refuse toute contraception). Cela peut expliquer le fait qu'il y a plus de grossesses chez les femmes maltraitées que chez les femmes non maltraitées (Bohn et Parker, 1993). L'intervalle entre les grossesses peut être plus court chez les femmes maltraitées (Modeland, Bolaria et McKenna, 1995).

Certaines femmes sont obligées de poursuivre leur grossesse parce que l'agresseur les empêche de se faire avorter. Les femmes obligées de tomber enceintes ou de poursuivre une grossesse non désirée peuvent avoir divers problèmes, notamment :

- difficulté à s'attacher au nourrisson;
- dépression pendant la grossesse;
- dépression après la grossesse;
- difficulté à assumer le rôle de mère — les enfants vivant une situation de violence peuvent ne pas recevoir les soins essentiels à leur développement affectif, psychologique et physique.

(Bohn et Parker, 1993)

L'avortement

Le fait de subir de mauvais traitements peut décider si une femme mène sa grossesse à terme ou non. Il est prouvé que les femmes maltraitées sont plus susceptibles d'envisager un avortement et d'avoir déjà subi une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse. Cela peut être dû aux raisons suivantes :

- la femme craint que la grossesse et le stress qu'elle causera entraîneront une violence accrue de la part de leur partenaire;
- elle est incertaine quant à l'avenir de sa relation avec son partenaire;
- son partenaire l'oblige à se faire avorter;
- elle craint que la grossesse limite ses choix.

(Bohn et Parker, 1993)

Certaines femmes qui choisissent de se faire avorter en raison des problèmes avec leur partenaire peuvent retarder l'intervention jusqu'au deuxième trimestre parce qu'elles continuent à espérer que les choses vont s'améliorer. Les avortement liés à la violence ou causés par celle-ci peuvent avoir de graves conséquences sur la santé psychologique, affective et physique de la femme (Bohn et Parker, 1993).

Les fausses couches et les avortements spontanés

Les femmes victimes de violence sont plus susceptibles que les autres d'avoir déjà eu une ou plusieurs fausses couches. La documentation présente de nombreuses

preuves non scientifiques selon lesquelles la violence provoque des avortements spontanés (Bohn et Parker, 1993).

Les soins prénatals tardifs, inadéquats ou inexistants
Souvent, les femmes victimes de violence ne reçoivent pas de soins prénatals appropriés, ce qui signifie qu'elles peuvent ne pas bénéficier du soutien, de l'aide et des conseils dont elles ont besoin pendant la grossesse. Selon certaines études, les femmes maltraitées seraient plus enclines à retarder les soins prénatals jusqu'au troisième trimestre. L'agresseur peut empêcher la femme d'obtenir des soins prénatals de diverses façons, par exemple en l'empêchant de sortir, en lui refusant l'accès à tout moyen de transport ou en l'obligeant à rater ou à remettre ses rendez-vous (parce qu'elle ou l'agresseur ne veut pas qu'on découvre ses blessures). Certaines femmes sont obligées de changer de médecin ou d'éviter de consulter des professionnels de la santé. Parmi les autres raisons pour lesquelles la femme peut retarder les soins, notons les suivantes :

- il y a un conflit avec le père de l'enfant;
- elle essaie de décider si elle doit poursuivre sa grossesse;
- elle éprouve un sentiment d'ambivalence ou de déni de la réalité;
- elle a honte ou peur des répercussions, notamment la perte de ses enfants (si on découvre qu'il y a violence ou usage ou abus d'intoxicants).

(Bohn et Parker, 1993)

Les conséquences des soins prénatals inadéquats ou inexistants comprennent, entre autres :

- l'absence de traitement de troubles comme l'hypertension, le diabète et les infections, ce qui peut influencer l'issue de la grossesse;
- un bébé de poids insuffisant à la naissance, un travail et un accouchement prématurés;
- des soins inadéquats en cas de grossesse à risques élevés due à un traumatisme ou à un abus d'intoxicants.

(Bohn et Parker, 1993)

Parallèlement, certaines femmes maltraitées cherchent de l'aide en se rendant fréquemment dans des cabinets de médecin, des cliniques ou des hôpitaux afin d'obtenir un traitement, souvent pour des symptômes ou des blessures inexpliqués.

La dépression et les tentatives de suicide
Certaines études démontrent que le taux de dépressions post-partum et de tentatives de suicide est élevé chez les femmes qui ont été victimes de violence pendant leur grossesse (d'une manière générale, les dépressions et les tentatives de suicide sont fréquentes chez les femmes maltraitées). Chez les femmes enceintes, les conséquences de la dépression peuvent inclure :

- soins personnels déficients ou inadéquats;
- problèmes quant aux liens affectifs entre la mère et le nourrisson et autres problèmes de développement pendant la grossesse;
- risque de dépression post-partum;
- difficulté à assumer le rôle de mère.

Les tentatives de suicide peuvent également avoir des conséquences sur la santé de la femme et celle du fœtus ou du nourrisson (Bohn et Parker, 1993).

Les agressions sexuelles
Bien que la prévalence des agressions sexuelles pendant la grossesse soit incertaine, cette forme d'agression est très courante dans les relations de violence. Des femmes enceintes qui ont été agressées sexuellement par leur partenaire ont fait des fausses couches ou ont accouché d'enfants morts-nés. Nombre de femmes maltraitées disent avoir été obligées d'avoir des relations sexuelles peu de temps après la naissance de l'enfant. L'agression sexuelle des femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher peut avoir les conséquences suivantes :

- complications pendant l'accouchement;
- problèmes d'allaitement;
- travail avant terme;
- endométrite;
- difficulté à soigner l'épisiotomie ou les lacérations;
- douleur ou traumatisme pendant les examens vaginaux;
- syndrome de rétention fœtale (difficulté à permettre le travail et la naissance).

(Bohn et Parker, 1993)

Les maladies transmissibles sexuellement
Les femmes maltraitées courent un risque accru de contracter des maladies transmissibles sexuellement (MTS). Des antécédents de MTS ou des MTS contractées pendant et après la grossesse peuvent entraîner les problèmes suivants :

- rupture prématurée des membranes;
- naissance prématurée et chorio-amniotite ultérieures (à cause d'une infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *diplocoque de Neisser*);
- endométrite et autres infections génitales supérieures et péritonéales;
- mort infantile ou césarienne (à cause de l'herpès);
- grossesse ectopique;
- infertilité.

(Bohn et Parker, 1993)

Une alimentation insuffisante ou inadéquate
Les femmes enceintes qui ne consomment pas suffisamment de calories (parce que l'agresseur limite leur alimentation ou parce qu'elles se limitent elles-mêmes pour éviter les critiques à l'endroit de leur taille et de leur poids) peuvent rencontrer les problèmes suivants :

- limite de la croissance intra-utérine;
- troubles de l'alimentation;
- faible prise de poids;
- autres problèmes de santé liés à une nutrition inadéquate.

(Bohn et Parker, 1993)

Chez les femmes qui vivent dans la crainte de la violence physique, psychologique, verbale, sexuelle, financière et spirituelle, la planification des repas, les achats et la cuisine ne sont pas nécessairement une priorité. Elles peuvent se mettre à manger de façon irrégulière ou avoir de la difficulté à manger quoi que ce soit. Pendant la grossesse, cela peut les empêcher de prendre le poids approprié. Certaines femmes peuvent se tourner vers l'alcool, la drogue ou les médicaments pour supporter la situation, substances qui peuvent être dangereuses pour la mère et le fœtus en croissance (Santé Canada, à venir [b]).

Les autres conséquences
Certains récits anecdotiques et études de cas indiquent que la violence pendant la grossesse peut avoir les conséquences suivantes :

- contusions fœtales;
- hémorragie intraventriculaire;
- décès néonatal;
- ulcère et hémorragie gastriques chez le nouveau-né;
- déformation du tibia;
- dislocation de la hanche;
- opacité sclérale;
- enfant mort-né.

En outre, les blessures par balles sont les causes les plus fréquentes des blessures perforantes subies pendant la grossesse, qui causent souvent des dommages mettant la vie de la mère et du fœtus en danger. Il arrive fréquemment que le coup de feu soit tiré par le partenaire de la femme.

Finalement, la principale cause de traumatisme pendant la grossesse sont les accidents de voiture, et nombre de femmes maltraitées expliquent leurs blessures en disant qu'elles ont été victimes d'un accident de la route (Bohn et Parker, 1993).

Les conséquences pour les autres enfants de la famille

Les recherches ont clairement démontré que la violence faite aux femmes enceintes a de graves conséquences sur les autres enfants de la famille. Entre autres choses, les enfants :

- sont exposés à la violence envers leur mère;
- sont négligés et eux-mêmes maltraités (de 30 à 40 p. 100 des enfants qui sont témoins des mauvais traitements subis par leur mère sont eux aussi physiquement maltraités);
- risquent d'adopter des stratégies d'adaptation similaires à l'âge adulte (violence transmise à travers les générations).

(Santé Canada, 1996)

Les enfants témoins des mauvais traitements subis par leur mère

On a reconnu récemment que l'exposition des enfants aux mauvais traitements subis par leur mère était une forme de violence envers les enfants. Les enfants qui voient ou entendent leur mère quand elle est violentée peuvent éprouver des problèmes émotifs et comportementaux aussi graves que les enfants qui subissent des sévices, notamment :

- troubles de stress post-traumatique (cauchemars, pensées ou images importunes, rappels d'images, peur, anxiété, tension, hypervigilance, irritabilité, crise de colère et d'agressivité et tentatives d'éviter de se rappeler les sévices subis);
- dépression;
- comportement de retrait;
- faible estime de soi;
- autres problèmes affectifs;
- problèmes de comportement, notamment agression des proches, non-respect des adultes, comportement destructeur et démêlés avec la justice.

Parmi les autres conséquences de l'exposition aux mauvais traitements subis par la mère, notons les suivantes :

- graves perturbations liées au quotidien (obligation de quitter un quartier, une communauté, un voisinage et une école familiers, les amis et les membres de sa famille);
- comportement de retrait, dépressif, passif ou soumis (surtout chez les filles);
- comportement agressif à l'école (surtout chez les garçons);
- sentiments ambivalents envers l'agresseur si les parents se séparent;
- sentiments partagés envers la mère à l'adolescence;
- mauvais résultats scolaires;
- absences répétées à l'école, refus d'aller à l'école, école buissonnière;
- problèmes d'inattention dus aux préoccupations et à l'anxiété;
- moins grande sociabilité;
- tentative de cacher les mauvais traitements.

Il existe de nombreuses conséquences propres à l'âge de l'exposition aux mauvais traitements subis par la mère :

- les jeunes enfants et les bébés peuvent souffrir de troubles du sommeil, avoir de la difficulté à prendre du poids (incapacité de se développer) et pleurer à l'excès;
- les enfants d'âge préscolaire peuvent être anxieux, agressifs ou demander une attention excessive;
- les enfants d'âge scolaire peuvent se sentir responsables et chercher à intervenir;
- les enfants de six à dix ans peuvent avoir des problèmes à l'école et avec les autres enfants;
- les adolescents peuvent faire l'école buissonnière, fuguer ou décrocher de l'école;
- les adolescents peuvent s'engager dans des relations violentes;
- les adolescents peuvent nier la réalité;
- certaines études révèlent que les filles qui voient leur mère se faire maltraiter ont plus tendance à adopter un comportement de retrait et à nier la réalité, et que les garçons (surtout ceux qui ont plus de 11 ans et qui s'identifient au père) peuvent devenir plus agressifs (cependant, les garçons et les filles éprouvent tous ces problèmes).

(Santé Canada, 1996)

La violence transmise à travers les générations

Par-dessus tout, l'exposition aux mauvais traitements subis par leur mère donne aux enfants des leçons qu'il est difficile d'oublier. Ils apprennent, notamment, que la violence permet de contrôler autrui. Ils sont plus enclins à accepter ou à excuser la violence. Quand ils arrivent à l'adolescence, puis à l'âge adulte, ils risquent d'accepter la violence ou de la répéter plus facilement dans leurs relations.

La capacité de récupération (facteurs de protection)

Il existe peut-être des facteurs qui permettent de protéger les femmes et les enfants des conséquences de la violence. Ainsi, certains chercheurs estiment que la façon dont les femmes et les enfants s'adaptent aux traumatismes et au

stress découlant de la violence peut dépendre de l'individu et de différents facteurs sociaux, notamment les mécanismes physiologiques, l'état psychologique, les dispositions personnelles, le soutien social, les réseaux sociaux et le comportement face à la santé (Petersen et coll., 1997).

D'autres facteurs, par exemple l'accès aux ressources financières et le degré et la sévérité des sévices, peuvent aussi influencer la capacité d'adaptation des femmes. Dans certaines situations, peu importe les stratégies d'adaptation utilisées et leur efficacité, la violence est tout simplement trop grave et trop débilitante.

PARTIE 2 :
RÉAGIR FACE À LA VIOLENCE PENDANT LA GROSSESSE

POINTS D'INTERVENTION

Compte tenu de la prévalence des mauvais traitements, on peut supposer que de nombreuses femmes en contact avec des professionnels de la santé et des services sociaux sont victimes de violence, même si elles ne le disent pas. Comme nombre de femmes maltraitées sont isolées socialement et n'ont peut-être pas accès à un réseau amical et familial à qui faire appel, il est important de reconnaître que ce contact avec des professionnels peut être l'une des seules occasions pour elles d'obtenir de l'aide.

Les professionnels peuvent rencontrer des femmes maltraitées qui traversent différentes étapes de leurs années de procréation.

Avant la grossesse, les femmes victimes de violence peuvent être en contact avec les personnes ou les endroits suivants :

- des médecins de famille ou des généralistes;
- des infirmières de premier recours;
- des infirmières dans des hôpitaux, des organismes de santé mentale, des services de santé au travail, des services de soins à domicile et des avant-postes de soins infirmiers;
- des obstétriciens, des gynécologues et d'autres spécialistes;
- des dentistes;
- des chiropraticiens;
- des ophtalmologistes et d'autres professionnels des soins ophtalmologiques;
- des psychiatres, des psychologues, des thérapeutes et des conseillers;
- des fournisseurs de services sociaux et des travailleurs sociaux dans des hôpitaux, des organismes de santé communautaires ou publics, des organismes de santé mentale ou de services sociaux, ou des conseillers en pratique privée;
- des guérisseurs traditionnels;
- des physiothérapeutes;
- des pharmaciens;
- des représentants en santé communautaire;
- des professionnels de la santé au travail;
- des cliniques communautaires ou scolaires;
- de cliniques de planification familiale;
- des cliniques pour la santé des femmes;
- des salles d'hôpital;
- des services d'urgence;
- des services d'ambulance;
- des services de lutte contre l'incendie;
- des services policiers d'aide aux victimes;
- des organismes de services sociaux (y compris l'aide sociale);
- des services de bien-être ou de guérison;
- des groupes de soutien;
- des responsables de programmes d'aide aux toxicomanes;

- des refuges;
- des lieux de culte;
- des centres communautaires;
- des bureaux de bien-être social ou des organismes de services sociaux;
- des responsables de programmes d'aide aux toxicomanes;
- des cliniques ou des organismes en santé mentale;
- d'autres endroits offrant des soins de santé, notamment des cliniques, des hôpitaux, des salles d'urgence et des cabinets de médecin (médecins de famille, généralistes et infirmières de première ligne, par exemple);
- des responsables de programmes d'aide aux employés.

Pendant la grossesse, les femmes victimes de violence peuvent être en contact avec les personnes et les endroits susmentionnés, et avec :

- des services d'examen du fœtus;
- des services de travail et d'accouchement;
- des responsables de visites prénatales, des médecins de famille, des obstétriciens, des sages-femmes, des personnes de soutien (*doulas*) ou des infirmières de la santé publique;
- des animateurs de cours sur la préparation à l'accouchement ou d'éducation prénatale;
- des laboratoires spécialisés en ultrasons et autres;
- des services de counselling génétique;
- des services hospitaliers pour les grossesses à risque;
- des responsables de programmes de nutrition;
- des cliniques d'avortement.

À l'accouchement et immédiatement après, les femmes victimes de violence peuvent être en contact avec :

- des centres ou des cliniques d'accouchement;
- des services de maternité ou de soutien après l'accouchement;
- des infirmières de la santé publique (visites ou appels après l'accouchement);
- des infirmières de soins à domicile ou des responsables de programmes de visite à domicile après l'accouchement;
- des cliniques de puériculture;
- des obstétriciens, des pédiatres, des médecins de famille, des sages-femmes, des personnes de soutien (*doulas*) dans le cadre de visites de suivi.

Pendant les premières années du bébé, en plus des nombreux endroits et personnes susmentionnés, les femmes maltraitées qui ont de jeunes enfants peuvent être en contact avec :

- des cliniques de vaccination;
- des groupes de soutien;
- des classes de formation au rôle parental;
- des centres de ressources familiales;
- des centres de garde d'enfants;
- des écoles;
- des pédiatres.

Selon leur cadre de travail, les professionnels peuvent rencontrer des femmes maltraitées précisément à cause des mauvais traitements reçus (p. ex. pour soigner des blessures et des maladies) ou pour une raison indirecte, par exemple pour vacciner les jeunes enfants. Il est donc important de réfléchir aux signes révélateurs qui peuvent se manifester dans les différents cadres de travail. (Ainsi, les femmes qui ont subi de graves blessures sont plus susceptibles d'être rencontrées dans les salles d'urgence, et il est plus probable qu'on rencontre des femmes enceintes battues dans des services d'accouchement, où elles se plaindront, entre autres, de douleurs abdominales ou de contractions prématurées.)

Les professionnels devraient évaluer leur cadre de travail afin de déterminer ce qu'ils peuvent offrir aux femmes victimes de violence au chapitre de la sécurité, de l'accessibilité et de la confidentialité. Ainsi, les services d'urgence fonctionnent 24 heures sur 24, on y rencontre fréquemment des femmes battues, ils sont ouverts à tous

et sont un point de contact avec le système de services sociaux (Hotch et coll., 1995). Par contre, ils manquent souvent d'intimité et n'ont peut-être aucun protocole en cas de violence. Le partenaire peut accompagner la femme et l'empêcher de révéler la vérité (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1995). En outre, la plupart des visites ont lieu la nuit ou tôt le matin, quand les travailleurs sociaux sont absents. Souvent, les femmes se rendent à l'urgence uniquement quand elles sont déjà grièvement blessées (Guard, 1997).

Les professionnels devraient se rappeler qu'ils ne sont pas seuls. Ils font partie d'une grande équipe de professionnels de la santé et des services sociaux, avec qui ils peuvent partager leur expérience et leurs connaissances en matière de violence faite aux femmes. Les professionnels devraient coordonner leurs efforts et collaborer avec d'autres membres de la communauté afin d'élaborer un protocole plus solide et plus efficace d'aide aux femmes maltraitées.

APERÇU DU PROCESSUS

Le processus d'aide aux femmes victimes de violence pendant la grossesse comprend notamment les étapes suivantes :

- connaître les signes révélateurs possibles;
- élaborer des mesures individuelles et institutionnelles pour aborder le problème de la violence;
- déterminer les cas de violence en faisant un dépistage auprès de toutes les femmes;
- en cas de violence, en évaluer la gravité;
- faire une intervention et offrir un soutien appropriés;
- comprendre et respecter les exigences en matière de confidentialité et de dénonciation;
- documenter pleinement les cas de violence.

Les sections suivantes présentent chacune de ces étapes en détail.

SIGNES RÉVÉLATEURS POSSIBLES

Rechercher les signes révélateurs de violence

Si l'on ne connaît pas les signes et les symptômes de la violence, il est difficile de déterminer avec assurance si une femme en est victime. Les femmes peuvent cacher aux professionnels qu'elles subissent de mauvais traitements pour diverses raisons. Néanmoins, les professionnels peuvent apprendre à rechercher les signes révélateurs et être attentifs aux nombreux symptômes pouvant indiquer qu'une femme est victime de violence. *(Remarque : l'information sur les facteurs de risque de violence pendant la grossesse et après l'accouchement peut aussi être utile. La question des facteurs de risque pendant la grossesse et après l'accouchement est soulevée dans la première partie de ce guide.)*

Les rapports de recherche sur le sujet décrivent de nombreuses complications et issues défavorables, souvent interdépendantes, de la violence pendant la grossesse. Aussi, il existe de nombreux signes révélateurs possibles que les professionnels peuvent déceler. Il doivent toutefois se rappeler qu'aucun signe n'est explicitement révélateur en soi. Le plus important est d'être conscient qu'il y a peut-être violence. Une liste de certains signes révélateurs possibles de violence pendant la grossesse figure ci-dessous, dressée d'après les conséquences de la violence constatées. Les intervenants devraient également consulter les publications des organismes professionnels, notamment les directives et les exposés de principe de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (1996) et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (1992), pour obtenir de l'information sur les signes révélateurs de violence.

Signes physiques

- **grossesse non désirée ou mal planifiée;**
- **interruption de grossesse** (notamment de nombreux avortements, fausses couches ou avortements spontanés) (Warshaw, Ganley et Salber, 1993);
- **toute blessure ou complication pendant la grossesse, le travail et l'accouchement (en particulier les symptômes non expliqués)** (voir à la section précédente les conséquences de la violence);
- **faible poids à la naissance et naissance avant terme;**
- **maladies transmissibles sexuellement.**

Signes comportementaux

- **usage de tabac ou abus d'intoxicants pendant la grossesse** *(remarque : cela peut être un mécanisme d'adaptation au stress provoqué par la violence)*;
- **tentative de suicide pendant la grossesse;**
- **soins prénatals inadéquats ou tardifs;**
- **visites fréquentes à l'hôpital, dans les cliniques ou chez le médecin** (avec une grande variété de blessures ou de symptômes souvent inexpliqués);
- **mauvaise nutrition;**
- **difficulté à assumer le rôle de mère.**

Signes psychologiques

- **dépression (y compris la dépression post-partum), troubles d'anxiété et peur** (Warshaw, Ganley et Salber, 1993).

Antécédents, attitude et comportement de l'agresseur

Il se peut que les professionnels aient la possibilité de recueillir de l'information sur l'attitude et le comportement du partenaire de la femme ou des autres membres de la famille qui pourraient la violenter, ou de les observer. S'ils accompagnent la femme à un rendez-vous dans un centre de santé ou de services sociaux. De plus, il se peut que le partenaire de la femme soit un patient ou un client.

* Que faire quand on soigne l'agresseur et la victime?

Les professionnels dont les patients ou les clients incluent la femme et le partenaire violent ne doivent ***pas*** *parler de violence avec le partenaire, car cela risque d'accroître le danger pour la femme.*

L'agresseur peut avoir les antécédents suivants :

- victime de violence pendant l'enfance ou témoin des mauvais traitements infligés à sa mère par son père;
- mauvaise maîtrise de soi et de la colère;
- comportement violent (p. ex. condamnations criminelles);
- faible estime de soi;
- abus d'alcool, de drogue ou d'autres substances et toxicomanie;
- faible aptitude à résoudre les conflits.

(Service correctionnel du Canada, 1993; Hotch et coll., 1995)

L'agresseur peut croire que :

- la violence est une façon acceptable de résoudre un problème;
- les hommes ont le droit de dominer les femmes dans leurs relations;
- il a le droit de contrôler les actes de sa partenaire.

(Santé Canada, 1995a)

L'agresseur peut adopter un comportement précis en présence d'un intervenant. Il cherche ainsi à cacher le fait qu'il maltraite sa partenaire ou à intimider ou à contrôler le professionnel ou sa partenaire.

Il importe également de noter que l'agresseur peut empêcher ou retarder l'accès de la femme aux services requis, notamment les soins médicaux, les soins prénataux ou l'admission à l'hôpital, ou encore intervenir dans ses décisions. Il peut lui interdire de consulter des professionnels, annuler ses rendez-vous ou nuire à sa

capacité de prendre des rendez-vous ou de s'y rendre en refusant que les enfants soient gardés ou qu'elle ait accès à un moyen de transport. Dans certains cas, il peut la suivre quand elle va à ses rendez-vous et quand elle en revient.

On peut rechercher des comportements caractéristiques précis chez l'agresseur éventuel, par exemple :

- il accompagne la femme à tous ses rendez-vous et ne la laisse pas seule en compagnie d'un professionnel;
- il tourne autour de la femme et semble trop attentionné;
- il parle à la place de sa partenaire *(elle pense, elle croit, elle fait)*, répond aux questions à sa place ou tente même d'écouter un entretien privé;
- il s'occupe de la médication;
- il a l'air trop protecteur et semble ne pas vouloir que sa partenaire soit seule avec quelqu'un d'autre;
- il lui lance des regards;
- il fait des remarques déplacées, désobligeantes ou réductrices à son sujet;
- il semble émotivement absent ou détaché de sa partenaire.

En présence de son agresseur, la femme peut sembler intimidée, effrayée, conciliante ou incapable de parler ou de le contredire. L'agresseur peut soutenir qu'il doit être présent afin de traduire les propos du professionnel ou parce que sa femme a peur d'être seule avec un intervenant (Bohn et Parker, 1993; Warshaw, Ganley et Salber, 1993).

*** Signe révélateur clé**

Les professionnels devraient être particulièrement vigilants quand le partenaire semble trop attentionné, répond aux questions à la place de la femme et refuse qu'elle les rencontre en privé.

PRÉPARATION

Quelques considérations importantes

Avant d'intervenir auprès d'une femme enceinte victime de violence, les professionnels doivent tenir compte d'importantes considérations personnelles et institutionnelles. Ils devraient, par exemple, s'interroger sur les points suivants :

- leurs valeurs et leur attitude quant à la violence envers les femmes;
- leur expérience personnelle en matière de violence (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1992);
- l'aisance avec laquelle ils sont capables de parler de la violence;
- leur compréhension du problème, des obstacles que doivent surmonter les femmes enceintes et de leurs besoins.

Il existe également des considérations institutionnelles. L'élaboration et la mise en application de protocoles et d'outils nécessitent du temps, des ressources et des systèmes de soutien. Elles nécessitent également une formation, l'établissement de réseaux et des programmes de soutien professionnel. Cela représente un investissement considérable pour les professionnels et les administrateurs.

Valeurs et attitude personnelles

Les valeurs et l'attitude des professionnels quant à la violence envers les femmes peuvent influencer la façon dont ils réagiront s'ils sont confrontés à un problème de violence. Ils peuvent faire plus de mal que de bien s'ils portent un jugement, s'ils ne sont pas impartiaux ou s'ils font preuve d'insensibilité. Une sensibilité et de bonnes aptitudes de communication sont essentielles pour aider les femmes maltraitées.

Expérience personnelle

Souvent, nos idées et nos attitudes sont influencées par les médias et la culture. Elles peuvent aussi dépendre de notre propre expérience de la violence.

- Les professionnels qui vivent eux-mêmes une relation de violence devraient se demander dans quelle mesure leur expérience peut influencer leur capacité d'aider les autres et de prendre les mesures appropriées, notamment demander de l'aide.

- Les professionnels qui ont déjà été victimes de violence devraient s'assurer que le problème a été réglé, ou demander de l'aide afin de résoudre leurs problèmes personnels avant d'essayer d'aider les autres. Bien que les relations de violence puissent avoir de nombreux points communs, l'expérience de chacun est unique. Les professionnels ne devraient pas projeter leur propre expérience de la violence (et la façon dont eux ou d'autres ont réussi ou non à régler le problème).

- Les professionnels qui sont eux-mêmes des agresseurs devraient demander de l'aide pour mettre un terme à leur comportement violent.

- Les professionnels qui ont besoin d'aide pour résoudre leurs propres problèmes de violence devraient diriger les femmes maltraitées vers quelqu'un qui pourra les aider.

Aisance dans les discussions
Les professionnels qui ne se sentent pas à l'aise quand ils parlent de violence ne peuvent pas aider les autres. Ils devraient essayer de reconnaître leur inconfort et déterminer ce qu'ils doivent faire pour se sentir plus à l'aise. Ainsi, il peut être utile de se renseigner sur la question, ou de recevoir une formation afin d'apprendre à communiquer efficacement avec des femmes maltraitées ou à aborder correctement la dynamique homme-femme.

Il peut aussi être utile de discuter avec d'autres spécialistes du domaine (p. ex. des médecins ou des travailleurs de refuge) qui ont déjà été confrontés à ce problème.

* Diriger la femme vers quelqu'un qui peut l'aider

Si les professionnels estiment qu'ils ne sont pas en mesure d'offrir une aide appropriée, il est important qu'ils dirigent la femme vers quelqu'un qui le pourra (Modeland, Bolaria et McKenna, 1995; BCRCP, 1997).

Compréhension du problème, des obstacles et des besoins
Pour comprendre la violence, il faut voir au delà de l'expérience ou des circonstances propres à une femme. Il faut faire le lien entre la violence et la situation socioéconomique de l'ensemble des femmes. De plus, pour comprendre les conséquences de la violence pour les femmes enceintes, il faut comprendre les conséquences de la grossesse et de l'accouchement pour les femmes dans la société. Il est important, notamment, de tenir compte des éléments suivants :

- Paradoxalement, la grossesse peut accroître la vulnérabilité de la femme (p. ex. sur le plan physique : fatigue accrue, nausées matinales, capacité moindre de se défendre), comme elle peut accroître sa force (p. ex. la motivation de changer la situation, de l'espoir face à l'avenir).

- Les femmes qui ont été victimes de violence sexuelle peuvent revivre ce traumatisme pendant la grossesse et l'accouchement.

- Certaines grossesses sont le résultat de sévices sexuels et peuvent représenter une expérience difficile pour la femme.

- Les interventions effractives (p. ex. les examens vaginaux et l'utilisation de forceps) peuvent avoir des conséquences plus graves pour les femmes qui sont ou ont été violentées.

- Les mauvais traitements peuvent aggraver l'isolement social de nombreuses femmes qui ont des nouveau-nés et de jeunes enfants et, par le fait même, accroître leur vulnérabilité (Johnson, 1996).

- Les attentes de la société à l'égard des femmes et des mères influencent la façon dont on traite les femmes enceintes. Ainsi, dans le cadre des soins prénatals, on tend à insister sur le comportement et le mode de vie de la femme en ce qui a trait à sa responsabilité de protéger et de prendre soin du nouveau-né, au lieu d'insister sur les besoins de la femme elle-même.

- Les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher peuvent dépendre financièrement du père de l'enfant, temporairement ou pendant plus longtemps au cours des premières années de vie de l'enfant (Johnson, 1996).

- Les femmes victimes de violence peuvent avoir peur de mettre au monde une fille parce qu'elles craignent que celle-ci subisse aussi de mauvais traitements ou parce que leur partenaire veut ou attend un garçon.

- Les femmes maltraitées pendant la grossesse peuvent avoir besoin d'aide pour faire face à leurs sentiments sur un certain nombre d'expériences et de questions fondamentales comme la naissance, l'avortement, la perte d'un enfant (fausse couche ou enfant mort-né), la naissance d'un enfant blessé ou anormal et la famille monoparentale.

- Les femmes enceintes qui sont victimes de violence peuvent avoir besoin d'un soutien accru pendant la grossesse et à l'accouchement (p. ex. pendant le travail et les premiers temps après la naissance).

- Les organismes communautaires qui viennent en aide aux femmes maltraitées (p. ex. les refuges) n'ont peut-être pas la capacité de répondre aux besoins des femmes enceintes ou des mères de nouveau-nés ou de jeunes enfants.

Reconnaître et respecter le processus de changement
Les professionnels qui rencontrent des femmes maltraitées doivent comprendre les caractéristiques suivantes du processus de changement :

- le changement a lieu **progressivement**;
- il s'agit d'un processus **dynamique** et non pas linéaire;
- les **rechutes** font partie du processus;
- les **interventions** doivent respecter les étapes du changement.

Au lieu de dire à la femme ce qu'elle devrait faire (c.-à-d., quitter son partenaire), les professionnels devraient essayer de comprendre ses besoins propres, les circonstances dans lesquelles elle vit et l'étape du processus de changement où elle se trouve. Il est important de comprendre et de respecter ce processus, et de demander à la femme ce dont elle a besoin (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1997; Brown, 1997).

Prévoir le comportement de l'agresseur face aux professionnels de la santé et des services sociaux
L'agresseur peut utiliser diverses tactiques pour convaincre les professionnels de ne pas prendre la situation au sérieux, ou pour les intimider afin qu'ils ne prennent aucune mesure. Il peut faire appel au charme ou aux menaces. Il peut prétendre qu'il est le « bon patient ». Il peut avoir recours aux flatteries ou aux louanges. D'un autre côté, il peut faire de fausses accusations envers les professionnels ou les harceler au téléphone. Il peut exiger d'avoir accès au dossier médical de sa partenaire. Il peut insister pour qu'elle cesse de recevoir des soins avant la date prescrite (p. ex. par sa sortie prématurée de l'hôpital). Il peut demander à sa famille ou à ses amis de l'aider à intimider les professionnels. Il peut aussi essayer de semer la zizanie au sein de l'équipe de professionnels en portant des accusations contre certains de ses membres (Warshaw, Ganley et Salber, 1993).

Le rôle des professionnels face à la violence : participer à l'intervention communautaire
Avant de demander à une femme si elle subit des mauvais traitements, le professionnel doit être bien préparé à l'écouter. Cela signifie qu'il doit réfléchir aux avantages et aux désavantages que son cadre de travail offre à une femme enceinte victime de violence. Il doit réfléchir au rôle de ce cadre dans le réseau de services communautaires. Il doit également évaluer la mesure dans laquelle il est prêt à affronter ce problème et savoir à qui il fera appel, et quand. Certaines étapes clés aideront l'intervenant à se préparer à répondre aux besoins d'une femme enceinte victime de violence :

- parrainer des discussions et des séminaires sur le problème de la violence envers les femmes enceintes;
- élaborer une approche d'équipe pour tenter de remédier au problème de la violence;
- choisir et concevoir des outils appropriés d'identification, de dépistage, d'évaluation, d'intervention et de suivi;
- apprendre à utiliser ces outils;
- s'assurer que tout le monde connaît l'existence de ces outils et les utilise de façon appropriée et cohérente;
- superviser et évaluer ses propres progrès;
- communiquer avec d'autres intervenants afin d'établir un protocole d'aide efficace, coordonné et interdisciplinaire dans la communauté (les travailleurs sociaux peuvent grandement faciliter le processus de préparation);

- demander aux leaders communautaires d'aider à résoudre le problème. (Cela est particulièrement important dans les communautés rurales ou de petite taille, où il y a peu d'autres ressources ou de collaborateurs, voire pas du tout, qui permettraient d'adopter une approche multidisciplinaire.);
- établir des liens avec d'autres personnes qui travaillent dans des domaines connexes (p. ex. l'abus d'intoxicants et le syndrome d'alcoolisme fœtal);
- favoriser l'intégration du dossier aux programmes de perfectionnement professionnel;
- travailler à la prévention de la violence.

Les sections suivantes de ce guide pourront aider à évaluer les étapes nécessaires. Chaque section traite des aspects importants qui doivent être considérés. La mesure dans laquelle ces aspects s'appliquent aux divers professionnels dépend du rôle précis qu'ils jouent au sein de leur équipe, dans leur cadre de travail.

Créer un environnement sûr

* Ne pas accroître le danger

Aucun effort déployé pour aider une femme maltraitée ne doit accroître le danger auquel celle-ci et ses enfants sont exposés.

Avant d'offrir de l'aide, il est important de créer un environnement sûr qui permettra à la femme de parler des mauvais traitements dont elle est victime (Warshaw, Ganley et Salber, 1993). Cela est particulièrement important dans le cas des femmes enceintes, en raison des normes culturelles qui entourent et célèbrent la maternité et la naissance. Ainsi, les soins à la mère et au nouveau-né donnés dans une perspective familiale signifient que les partenaires participent considérablement à toutes les étapes de la grossesse, de la naissance et des soins au nourrisson. Il pourrait être utile de revoir les politiques et les procédures applicables (p. ex. les procédures de sécurité de l'hôpital quant à l'accès aux nouveau-nés) pour s'assurer que les femmes maltraitées peuvent faire part des mauvais traitements qu'elles subissent dans un cadre sûr et privé, sans qu'elles ou leurs enfants soient en danger. De plus, de nombreux professionnels ont des rapports avec les femmes et leur partenaire, leurs enfants et les autres membres de leur famille, et ils cherchent avant tout à préserver l'unité familiale. Quand une femme est victime de mauvais traitements, **il est primordial que sa sécurité personnelle soit la considération première.** N'oublions pas qu'elle est la mieux placée pour juger de sa sécurité et prendre les décisions qui s'imposent.

Certains moyens pratiques peuvent aider les intervenants à créer un environnement sûr pour les femmes maltraitées :

- disposer d'un espace privé pour interroger et examiner les femmes, et pouvoir expliquer la nécessité de rencontrer la patiente en privé sans éveiller les soupçons (p. ex. pour prélever un échantillon d'urine);
- avoir accès aux interprètes oraux et gestuels appropriés (qui ne sont pas des membres de la famille ou des gens que la femme connaît personnellement[5]) si la femme parle une langue étrangère ou si elle est malentendante;
- informer la femme des exigences de dénonciation sur les mauvais traitements et la négligence envers les enfants **dès le départ,** pour qu'elle puisse évaluer les conséquences en matière de sécurité et de confidentialité (voir la section sur la dénonciation et la confidentialité);
- disposer d'un plan permettant d'accroître la sécurité du personnel visé par le traitement des femmes victimes de violence.

IDENTIFICATION ET DÉPISTAGE

L'importance de demander s'il y a violence

Bien que les professionnels puissent déterminer de diverses façons si une femme a été maltraitée — reconnaître les signes et les symptômes, en être informés par la police ou par les services sociaux, lire des dossiers médicaux, en entendre parler dans la communauté ou en être directement témoins (Warshaw, Ganley et Salber, 1993) — l'outil le plus important pour déterminer si une femme est victime de violence consiste à le lui demander.

Le fait de poser la question permet de déceler un plus grand nombre de cas :

[5] Idéalement, les femmes devraient avoir accès aux services d'interprètes culturels ayant reçu une formation en violence familiale.

- L'expérience a démontré qu'une question simple et directe, qu'on pose de façon routinière et sans porter de jugement alors qu'on se renseigne sur les antécédents sociaux, peut accroître considérablement le nombre de cas de violence décelés (Searle, sans date).

- Les femmes sont plus susceptibles de révéler qu'elles sont victimes de violence si la question leur est posée par les soignants primaires (Modeland et coll., 1995).

- Dans une étude menée auprès de 691 femmes enceintes, 8 p. 100 ont fait état de mauvais traitements subis sur une formule de demande, alors que 29 p. 100 l'ont fait quand on le leur a demandé directement (Modeland, Bolaria et McKenna, 1995).

De plus, en demandant directement aux femmes si elles sont victimes de violence, on augmente les chances de prévenir les mauvais traitements ultérieurs. À tout le moins, cela montre aux femmes maltraitées que leurs souffrances sont prises au sérieux et qu'elles peuvent avoir de l'aide au besoin.

Le fait de demander aux femmes si elles sont victimes de violence est une importante manifestation de soutien. Cela leur montre :

- qu'on les croit;
- qu'on les respecte;
- qu'elles ne sont pas seules;
- que l'intervenant est disposé à l'écouter;
- que de nombreuses femmes sont victimes de violence;
- qu'on a déjà fait face à des situations de violence;
- qu'on prend le problème au sérieux;
- qu'elles peuvent obtenir de l'aide.

(Warshaw, Ganley et Salber, 1993; Modeland, Bolaria et McKenna, 1995)

Par contre, les professionnels qui négligent le problème y contribuent : les femmes victimes de violence restent dans leur isolement et risquent de recevoir un traitement ou des conseils inadéquats ou inefficaces. De plus, cela empêche de prévenir de nouvelles blessures, des maladies ou la mort. Le problème perdure, et les coûts individuels et sociaux continuent à grimper.

Demander aux femmes si elles sont victimes de violence de façon routinière avant, pendant et après la grossesse

* Demander à toutes les femmes si elles sont victimes de violence

*Le dépistage systématique consiste à demander à **toutes les femmes** si elles sont victimes de violence, et non seulement à celles dont la situation permet de soupçonner qu'elles subissent de mauvais traitements. Les intervenants devraient poser la question aux femmes enceintes dès le début de leur grossesse.*

Les femmes enceintes sont plus susceptibles d'être victimes de violence que de souffrir de nombreux autres problèmes médicaux — préclampsie, diabète gestationnel et insertion vicieuse du placenta — qui font l'objet d'un dépistage régulier (Modeland, Bolaria et McKenna, 1995; Petersen et coll., 1997). Puisqu'un si grand nombre de femmes sont victimes de violence pendant la grossesse, le dépistage de la violence chez les femmes enceintes **doit faire partie des soins prénatals routiniers**. La *American Medical Association* (1992) recommande le dépistage routinier chez toutes les patientes en salle d'urgence, en chirurgie, aux soins primaires, en pédiatrie, en soins prénatals et en santé mentale.

De plus, il faut poser la question **dès le début de la grossesse, pendant celle-ci et après la naissance du bébé**, car la violence peut reprendre lorsque la « protection » assurée par la grossesse est terminée (Guard, 1997). Après la naissance du bébé, **on doit également poser des questions sur la sécurité du nourrisson et des autres enfants. On doit répéter les questions quand la femme s'engage dans une nouvelle relation** (Guard, 1997).

Comment demander aux femmes si elles sont victimes de violence

La façon dont on pose les questions est tout aussi importante que les questions posées. Par conséquent, les questions :

- **devraient toujours être posées en privé;**
- devraient être directes et précises (quoique des questions indirectes puissent parfois précéder des questions directes);
- ne devraient pas être menaçantes;
- ne devraient pas jeter un blâme;

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

- devraient permettre une réponse libre;
- devraient être neutres;
- devraient être précédées de propos indiquant que l'intervenant s'inquiète de la situation.

Quand ils posent des questions, les professionnels devraient :

- faire preuve d'empathie, de respect et de neutralité;
- utiliser un ton et un langage corporel non menaçants (p. ex. s'asseoir à la même hauteur que la femme ou plus bas);
- utiliser des techniques d'écoute active et compréhensive;
- bien faire comprendre que la violence envers les femmes est un crime;
- encourager les femmes à raconter leur propre histoire, à faire leurs propres choix et à prendre leurs propres décisions.

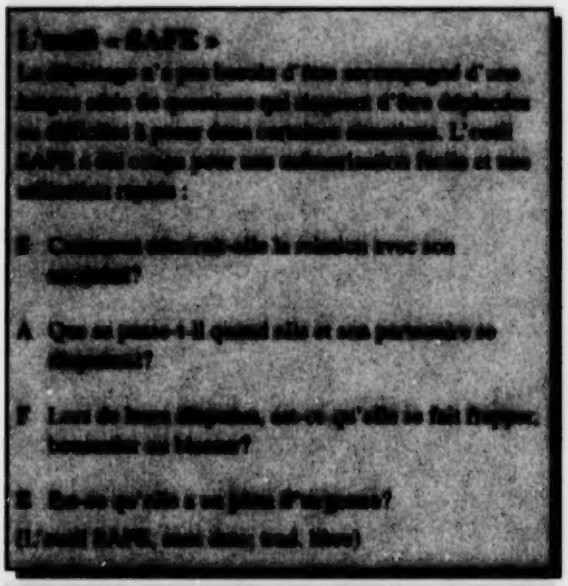
(Searle, sans date; Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1992; Warshaw, Ganley et Salber, 1993; Hotch et coll., 1995; Modeland, Bolaria et McKenna, 1995; British Columbia Reproductive Care Program, 1997)

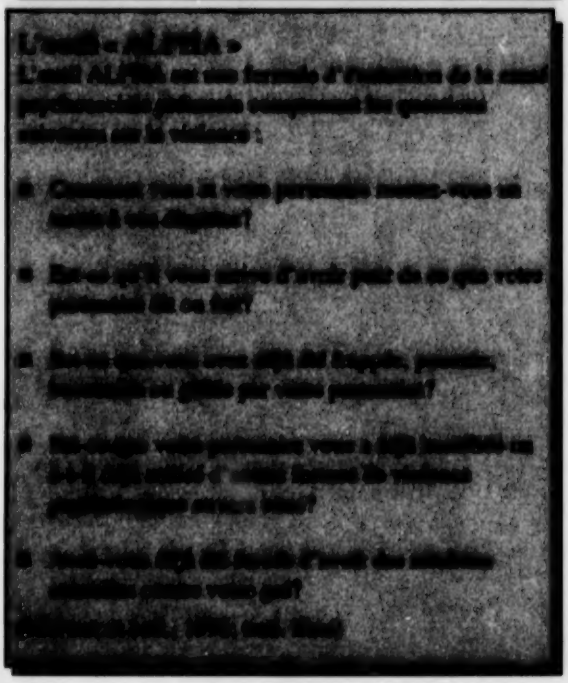
N'oubliez pas que les femmes enceintes (et les mères) subissent déjà une pression considérable dans notre société, axée sur leur rôle de soignantes et d'aidantes. Chaque fois qu'on aborde le problème de la violence pendant la grossesse, il est important de faire preuve de compréhension et de gentillesse. Il ne faut pas :

- accroître la pression (p. ex. blâmer la victime);
- poser des questions qui risquent de paralyser la femme ou qui sous-entendent qu'elle est responsable des mauvais traitements;
- inclure des questions sur la violence dans les formules remplies en public (p. ex. dans une salle d'attente);
- prendre la responsabilité de résoudre le problème;
- répéter les questions inutilement (si une infirmière ou une travailleuse sociale rencontre la femme au préalable, elle devrait informer le médecin pour qu'il évite de poser les mêmes questions).

Questions types

De nombreux outils permettent de dépister la violence. Les professionnels devront choisir (ou élaborer) celui qui convient le mieux à leur cadre de travail. Cependant, l'utilisation des outils de dépistage appropriés n'est que la première étape du processus. On doit également fournir de l'information appropriée sur les choix, les ressources et les solutions possibles. Trois exemples d'outils figurent ci-dessous.





Intervention par le personnel du service d'urgence en cas de violence conjugale

Le *Vancouver Hospital* et le *Health Sciences Centre* ont conçu les questions suivantes, posées dans le cadre de leur protocole d'intervention par le personnel du service d'urgence en cas de violence conjugale (Hotch et coll., 1995) :

Comment demander à une femme si elle est victime de violence

- Mon expérience au service d'urgence m'a permis de constater que de nombreuses femmes sont aux prises avec un problème de violence à la maison. Est-ce que vous faites face à ce problème?
- Nous savons que les mauvais traitements et la violence à la maison touchent de nombreuses femmes, et qu'ils ont des conséquences directes sur leur santé. Je me demande si vous avez déjà subi des mauvais traitements ou été victime de violence à la maison.
- Est-ce que vous vous êtes déjà sentie en danger ou menacée sous votre propre toit?

Violence physique

- Est-ce que quelqu'un vous a battue?
- Vos blessures me portent à croire que quelqu'un vous a battue. Est-ce possible?
- Qui vous a frappée?
- D'après mon expérience, les femmes subissent souvent ce genre de blessures quand quelqu'un les bat. Est-ce que quelqu'un vous a frappée?
- Il me semble que vos blessures auraient pu être causées par une personne qui vous a violentée. Est-ce que quelqu'un vous a frappée?

Violence psychologique

- Est-ce qu'il arrive que quelqu'un vous insulte? Est-ce que quelqu'un essaie de contrôler ce que vous faites?
- Est-ce qu'une personne proche de vous critique vos amis ou votre famille?

Violence sexuelle (Remarque : Il est généralement préférable d'établir un premier contact avant de poser les questions suivantes.)

- Est-ce que votre partenaire vous a déjà forcée à avoir une relation sexuelle contre votre gré?
- Est-ce que votre partenaire vous a déjà forcée à participer à des activités sexuelles qui ne vous plaisaient pas?

Comment aborder les situations difficiles

Nous présentons ici certaines situations qui peuvent empêcher les professionnels de poser des questions sur la violence (Hotch et coll., 1995) :

Situation	Approche
La femme est en train d'accoucher	La soutenir, assurer sa sécurité et lui prodiguer les soins nécessaires; minimiser les intrusions; après la naissance, laisser son état se stabiliser avant de lui poser des questions sur la violence.
La femme est en état d'ivresse ou a des hallucinations	Minimiser la conversation; la soutenir et la laisser désenivrer ou retrouver ses esprits avant de parler de violence et de faire l'évaluation et l'orientation habituelles.
La femme est hostile ou violente	Reconnaître sa colère; lui offrir un soutien ou des services; ne pas faire de pression, ne pas insister.
La femme est incapable de communiquer parce qu'elle parle une langue étrangère ou est malentendante	Ne pas faire appel à ses proches, à ses enfants ou à l'agresseur pour l'interprétation orale ou gestuelle; s'assurer que l'interprète choisi ne la connaît pas; si possible, faire appel à un organisme communautaire pour trouver un interprète; utiliser un service d'interprétation téléphonique (AT&T offre ce service par abonnement).
La femme est gravement malade, ou sa santé ou sa vie est en jeu	La soutenir; laisser son état se stabiliser avant de lui poser des questions sur la violence.
Au cours d'une visite à domicile, l'intervenant perçoit une menace immédiate pour sa sécurité personnelle, celle de la femme ou celle de ses enfants	Élaborer une politique d'équipe afin de prévenir, d'aborder et de signaler les situations dangereuses; s'assurer que les soignants tiennent l'équipe au courant de leurs déplacements; quitter les lieux et demander l'aide appropriée; documenter la situation.
Le partenaire de la femme est hostile ou violent, ou il a l'air dangereux	Élaborer une politique d'équipe afin de prévenir, d'aborder et de signaler les situations dangereuses; rester calme et ne pas provoquer ou contrarier l'agresseur; demander l'aide appropriée.

- devraient permettre une réponse libre;
- devraient être neutres;
- devraient être précédées de propos indiquant que l'intervenant s'inquiète de la situation.

Quand ils posent des questions, les professionnels devraient :

- faire preuve d'empathie, de respect et de neutralité;
- utiliser un ton et un langage corporel non menaçants (p. ex. s'asseoir à la même hauteur que la femme ou plus bas);
- utiliser des techniques d'écoute active et compréhensive;
- bien faire comprendre que la violence envers les femmes est un crime;
- encourager les femmes à raconter leur propre histoire, à faire leurs propres choix et à prendre leurs propres décisions.

(Searle, sans date; Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1992; Warshaw, Ganley et Salber, 1993; Hotch et coll., 1995; Modeland, Bolaria et McKenna, 1995; British Columbia Reproductive Care Program, 1997)

N'oubliez pas que les femmes enceintes (et les mères) subissent déjà une pression considérable dans notre société, axée sur leur rôle de soignantes et d'aidantes. Chaque fois qu'on aborde le problème de la violence pendant la grossesse, il est important de faire preuve de compréhension et de gentillesse. Il ne faut pas :

- accroître la pression (p. ex. blâmer la victime);
- poser des questions qui risquent de paralyser la femme ou qui sous-entendent qu'elle est responsable des mauvais traitements;
- inclure des questions sur la violence dans les formules remplies en public (p. ex. dans une salle d'attente);
- prendre la responsabilité de résoudre le problème;
- répéter les questions inutilement (si une infirmière ou une travailleuse sociale rencontre la femme au préalable, elle devrait informer le médecin pour qu'il évite de poser les mêmes questions).

Questions types

De nombreux outils permettent de dépister la violence. Les professionnels devront choisir (ou élaborer) celui qui convient le mieux à leur cadre de travail. Cependant, l'utilisation des outils de dépistage appropriés n'est que la première étape du processus. On doit également fournir de l'information appropriée sur les choix, les ressources et les solutions possibles. Trois exemples d'outils figurent ci-dessous.

L'outil « SAFE »

Le dépistage n'a pas besoin d'être accompagné d'une longue série de questions qui risquent d'être déplacées ou difficiles à poser dans certaines situations. L'outil SAFE a été conçu pour une mémorisation facile et une utilisation rapide :

S Comment décrirait-elle la relation avec son **conjoint**?

A Que se passe-t-il quand elle et son partenaire se **disputent**?

F Lors de leurs **disputes**, est-ce qu'elle se fait frapper, bousculer ou blesser?

E Est-ce qu'elle a un **plan d'urgence**?

(L'outil SAFE, sans date; trad. libre)

L'outil « ALPHA »

L'outil ALPHA est une formule d'évaluation de la santé psychosociale prénatale comprenant les questions suivantes sur la violence :

- **Comment vous et votre partenaire mettez-vous un terme à vos disputes?**
- **Est-ce qu'il vous arrive d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait?**
- **Est-ce que vous avez déjà été frappée, poussée, bousculée ou giflée par votre partenaire?**
- **Est-ce que votre partenaire vous a déjà humiliée ou a-t-il déjà utilisé d'autres formes de violence psychologique envers vous?**
- **Avez-vous déjà été forcée d'avoir des relations sexuelles contre votre gré?**

(Midmer et coll., 1996; trad. libre)

Intervention par le personnel du service d'urgence en cas de violence conjugale

Le *Vancouver Hospital* et le *Health Sciences Centre* ont conçu les questions suivantes, posées dans le cadre de leur protocole d'intervention par le personnel du service d'urgence en cas de violence conjugale (Hotch et coll., 1995) :

Comment demander à une femme si elle est victime de violence

- Mon expérience au service d'urgence m'a permis de constater que de nombreuses femmes sont aux prises avec un problème de violence à la maison. Est-ce que vous faites face à ce problème?
- Nous savons que les mauvais traitements et la violence à la maison touchent de nombreuses femmes, et qu'ils ont des conséquences directes sur leur santé. Je me demande si vous avez déjà subi des mauvais traitements ou été victime de violence à la maison.
- Est-ce que vous vous êtes déjà sentie en danger ou menacée sous votre propre toit?

Violence physique

- Est-ce que quelqu'un vous a battue?
- Vos blessures me portent à croire que quelqu'un vous a battue. Est-ce possible?
- Qui vous a frappée?
- D'après mon expérience, les femmes subissent souvent ce genre de blessures quand quelqu'un les bat. Est-ce que quelqu'un vous a frappée?
- Il me semble que vos blessures auraient pu être causées par une personne qui vous a violentée. Est-ce que quelqu'un vous a frappée?

Violence psychologique

- Est-ce qu'il arrive que quelqu'un vous insulte? Est-ce que quelqu'un essaie de contrôler ce que vous faites?
- Est-ce qu'une personne proche de vous critique vos amis ou votre famille?

Violence sexuelle (Remarque : il est généralement préférable d'établir un premier contact avant de poser les questions suivantes.)

- Est-ce que votre partenaire vous a déjà forcée à avoir une relation sexuelle contre votre gré?
- Est-ce que votre partenaire vous a déjà forcée à participer à des activités sexuelles qui ne vous plaisaient pas?

Comment aborder les situations difficiles

Nous présentons ici certaines situations qui peuvent empêcher les professionnels de poser des questions sur la violence (Hotch et coll., 1995) :

Situation	Approche
La femme est en train d'accoucher	La soutenir, assurer sa sécurité et lui prodiguer les soins nécessaires; minimiser les intrusions; après la naissance, laisser son état se stabiliser avant de lui poser des questions sur la violence.
La femme est en état d'ivresse ou a des hallucinations	Minimiser la conversation; la soutenir et la laisser désenivrer ou retrouver ses esprits avant de parler de violence et de faire l'évaluation et l'orientation habituelles.
La femme est hostile ou violente	Reconnaître sa colère; lui offrir un soutien ou des services; ne pas faire de pression, ne pas insister.
La femme est incapable de communiquer parce qu'elle parle une langue étrangère ou est malentendante	Ne pas faire appel à ses proches, à ses enfants ou à l'agresseur pour l'interprétation orale ou gestuelle; s'assurer que l'interprète choisi ne la connaît pas; si possible, faire appel à un organisme communautaire pour trouver un interprète; utiliser un service d'interprétation téléphonique (AT&T offre ce service par abonnement).
La femme est gravement malade, ou sa santé ou sa vie est en jeu	La soutenir; laisser son état se stabiliser avant de lui poser des questions sur la violence.
Au cours d'une visite à domicile, l'intervenant perçoit une menace immédiate pour sa sécurité personnelle, celle de la femme ou celle de ses enfants	Élaborer une politique d'équipe afin de prévenir, d'aborder et de signaler les situations dangereuses; s'assurer que les soignants tiennent l'équipe au courant de leurs déplacements; quitter les lieux et demander l'aide appropriée; documenter la situation.
Le partenaire de la femme est hostile ou violent, ou il a l'air dangereux	Élaborer une politique d'équipe afin de prévenir, d'aborder et de signaler les situations dangereuses; rester calme et ne pas provoquer ou contrarier l'agresseur; demander l'aide appropriée.

Savoir réagir lorsque la femme refuse d'admettre qu'elle est victime de violence

Lorsqu'il pense qu'une femme est victime de violence, mais qu'elle refuse de l'admettre, le professionnel peut :

- lui dire qu'il s'inquiète pour elle;
- réessayer de le lui faire admettre (sans la menacer) avant qu'elle parte;
- lui demander si elle aimerait avoir plus d'information et d'aide;
- lui donner de l'information écrite, discrètement emballée, précisant les numéros de téléphone et les ressources disponibles, et l'encourager à les utiliser;
- lui dire qu'elle sera la bienvenue si elle revient;
- porter ses préoccupations au dossier de la cliente.

N'oubliez pas **qu'il est important de simplement essayer d'aider la femme, même si elle refuse d'admettre qu'elle subit de mauvais traitements ou si elle ne veut pas changer les choses**. En fait, si elle sait que quelqu'un s'inquiète pour elle, elle essaiera peut-être de changer les choses quand elle se sentira prête. Nombre de femmes maltraitées **ont besoin de beaucoup de temps et d'un grand soutien pour se sortir d'une relation de violence** (Saskatchewan Institute for Prevention of Handicaps, 1996). Il arrive souvent que les femmes fassent plusieurs tentatives avant de partir pour de bon, alors que d'autres choisissent de rester avec leur partenaire. Les femmes se connaissent et connaissent leur agresseur mieux que quiconque. On doit respecter leur décision, tout en **continuant à offrir un soutien constant.**

ÉVALUATION

L'importance de l'évaluation

Lorsqu'une femme a reconnu qu'elle est victime de violence, on doit :

- valider son témoignage;
- déterminer dans quelle mesure elle est affectée par les mauvais traitements reçus;
- évaluer les risques continus pour sa sécurité personnelle.

Cette information permettra de l'aider à prendre des décisions et à faire des choix. La participation des professionnels à l'évaluation dépend du rôle qu'ils jouent au sein de leur équipe.

Validation

Reconnaître qu'on est victime de violence n'est pas chose facile. Lorsqu'une femme le dit à quelqu'un, il est essentiel de continuer à la soutenir. Il est très important de réagir à son récit, de l'écouter et de la croire. Elle a besoin de savoir qu'elle peut faire confiance à quelqu'un. Les professionnels peuvent transmettre les messages de soutien suivants :

- Je m'inquiète pour vous et votre sécurité.
- Certaines formes de violence sont criminelles.
- Vous n'êtes pas responsable de la violence.
- Seul l'agresseur peut mettre un terme à la violence.
- Personne ne mérite d'être maltraité.
- Rien n'excuse la violence.
- Vous méritez mieux.
- C'est bien que vous vous soyez confiée à moi (ou à nous).
- Vous n'êtes pas seule.
- Je comprends que c'est très difficile de changer les choses.
- Vous avez raison d'être en colère ou d'avoir peur.
- Il existe des options et des ressources pour vous aider à vous sentir plus en sécurité et à exercer un plus grand contrôle sur votre vie.

(British Columbia Reproductive Care Program, 1997; Warshaw, Ganley et Salber, 1993)

N'oubliez pas que la qualité de l'interaction avec un professionnel est l'un des facteurs clés pour qu'une femme décide de demander de l'aide. Il ne faut pas :

- lui poser des questions sur la violence en présence de l'agresseur;
- minimiser, contester ou banaliser ses propos;
- se montrer plus préoccupé par le bébé à naître que par elle;
- confronter l'agresseur;
- diriger la femme et son partenaire vers des services de consultation conjugale.

Considérations relatives à la sécurité

Les professionnels devraient **demander à la femme ce dont elle a besoin pour être en sécurité** et **l'informer de leur obligation de signaler les cas présumés ou soupçonnés de mauvais traitements et de négligence envers les enfants** pour qu'elle puisse prendre des décisions afin d'assurer sa sécurité et celle de ses enfants, et assurer la confidentialité de son cas. Il est également important de **l'informer que les provinces et les territoires ont reconnu que la violence conjugale est un crime et ont ordonné à la police de porter des accusations quand elle a des motifs raisonnables et probables de croire qu'une agression a été commise** (Ferris, McMain-Klein et Silver, 1997). Ainsi, elle comprendra les conséquences de l'intervention de la police (voir la section sur la dénonciation et la confidentialité).

Relevé des antécédents

Lorsqu'une femme reconnaît qu'elle est victime de violence, le professionnel doit obtenir de l'information plus détaillée afin de déterminer la gravité et les conséquences des sévices, le degré d'aide requis et l'urgence de la situation.

Exemple de questions à poser pendant l'entrevue

Le *Vancouver Hospital* et le *Health Sciences Centre* ont conçu les questions suivantes, posées dans le cadre de leur protocole d'intervention par le personnel du service d'urgence en cas de violence conjugale (Hotch et coll., 1995) :

- **À quand remonte le dernier épisode de violence? Que s'est-il passé? Qu'est-ce qu'il a fait ou dit?**
- **À quelle fréquence les mauvais traitements ont-ils lieu?**
- **Qu'est-ce qui semble provoquer les mauvais traitements?**
- **Est-ce que la violence empire? Est-ce qu'elle est plus fréquente?**
- **Est-ce que votre partenaire vous a déjà menacée? Est-ce qu'il a déjà utilisé une arme?**
- **Avez-vous peur de votre partenaire? Est-ce que vous craignez pour votre vie ou celle de vos enfants?**

N'oubliez pas **de consigner cette information avec clarté et exactitude** dans le dossier médical de la femme ou dans un autre dossier (voir la section sur la documentation des cas de violence).

Examen physique

Les professionnels qui examinent une femme violentée doivent s'assurer qu'ils **ne la traumatisent pas plus gravement**. Avant l'examen, expliquez à votre patiente comment vous comptez procéder. Expliquez-lui que vous devez recueillir des preuves. Adoptez une attitude compatissante et respectueuse, appropriée à sa culture (p. ex. les membres de certains peuples autochtones n'aiment pas qu'on les regarde droit dans les yeux).

Il est très important de **faire un examen complet**. Il se peut que des blessures à la poitrine, au ventre et aux organes génitaux soient cachées par les vêtements. Les tissus blessés peuvent être sensibles, sans présenter d'ecchymoses évidentes. Il faut également évaluer l'état neurologique et mental de la femme, en plus d'identifier tous les signes physiques de blessures ou de maladies (Warshaw, Ganley et Salber, 1993).

- lui poser des questions sur la violence en présence de l'agresseur;
- minimiser, contester ou banaliser ses propos;
- se montrer plus préoccupé par le bébé à naître que par elle;
- confronter l'agresseur;
- diriger la femme et son partenaire vers des services de consultation conjugale.

Considérations relatives à la sécurité

Les professionnels devraient **demander à la femme ce dont elle a besoin pour être en sécurité** et **l'informer de leur obligation de signaler les cas présumés ou soupçonnés de mauvais traitements et de négligence envers les enfants** pour qu'elle puisse prendre des décisions afin d'assurer sa sécurité et celle de ses enfants, et assurer la confidentialité de son cas. Il est également important de **l'informer que les provinces et les territoires ont reconnu que la violence conjugale est un crime et ont ordonné à la police de porter des accusations quand elle a des motifs raisonnables et probables de croire qu'une agression a été commise** (Ferris, McMain-Klein et Silver, 1997). Ainsi, elle comprendra les conséquences de l'intervention de la police (voir la section sur la dénonciation et la confidentialité).

Relevé des antécédents

Lorsqu'une femme reconnaît qu'elle est victime de violence, le professionnel doit obtenir de l'information plus détaillée afin de déterminer la gravité et les conséquences des sévices, le degré d'aide requis et l'urgence de la situation.

Exemple de questions à poser pendant l'entrevue

Le *Vancouver Hospital* et le *Health Sciences Centre* ont conçu les questions suivantes, posées dans le cadre de leur protocole d'intervention par le personnel du service d'urgence en cas de violence conjugale (Hotch et coll., 1995) :

- À quand remonte le dernier épisode de violence? Que s'est-il passé? Qu'est-ce qu'il a fait ou dit?
- À quelle fréquence les mauvais traitements ont-ils lieu?
- Qu'est-ce qui semble provoquer les mauvais traitements?
- Est-ce que la violence empire? Est-ce qu'elle est plus fréquente?
- Est-ce que votre partenaire vous a déjà menacée? Est-ce qu'il a déjà utilisé une arme?
- Avez-vous peur de votre partenaire? Est-ce que vous craignez pour votre vie ou celle de vos enfants?

N'oubliez pas **de consigner cette information avec clarté et exactitude** dans le dossier médical de la femme ou dans un autre dossier (voir la section sur la documentation des cas de violence).

Examen physique

Les professionnels qui examinent une femme violentée doivent s'assurer qu'ils **ne la traumatisent pas plus gravement**. Avant l'examen, expliquez à votre patiente comment vous comptez procéder. Expliquez-lui que vous devez recueillir des preuves. Adoptez une attitude compatissante et respectueuse, appropriée à sa culture (p. ex. les membres de certains peuples autochtones n'aiment pas qu'on les regarde droit dans les yeux).

Il est très important de **faire un examen complet**. Il se peut que des blessures à la poitrine, au ventre et aux organes génitaux soient cachées par les vêtements. Les tissus blessés peuvent être sensibles, sans présenter d'ecchymoses évidentes. Il faut également évaluer l'état neurologique et mental de la femme, en plus d'identifier tous les signes physiques de blessures ou de maladies (Warshaw, Ganley et Salber, 1993).

Documenter pleinement toutes les blessures visibles :

- utiliser, au besoin, le protocole de collecte de preuves d'agression sexuelle approprié;
- consulter l'agent de police présent au sujet de l'étiquetage et de la manipulation des preuves judiciaires (si la femme a décidé de faire appel à la police);
- verser à son dossier médical la description détaillée des blessures et toute autre information pertinente (voir la section sur la documentation des cas de violence).

Évaluation des risques

Pour déterminer la gravité des conséquences des mauvais traitements chez la femme, on doit bien se renseigner sur ses antécédents sociaux. Ce faisant, il est important **d'expliquer ce qu'on fait**. Pour connaître les antécédents sociaux de la femme, on doit **lui demander de raconter son histoire**. Il est important de lui demander de parler de son expérience de la violence, de sa situation actuelle, des conséquences pour elle et ses enfants, de la façon dont elle tente de faire face à la situation, de ce qu'elle a essayé de faire pour se protéger et de ce qu'elle envisage pour l'avenir.

Il est important de poser des questions à la cliente sur son inquiétude quant à sa sécurité personnelle immédiate. Il est particulièrement important de savoir si elle risque de subir de graves blessures ou d'être tuée. Si elle a été battue pendant sa grossesse, il est fort probable que le risque de blessures graves ou de décès est déjà très élevé. Évaluez si elle a des tendances suicidaires. Évaluez les risques d'homicide familial. Signalez-lui les dangers et donnez-lui de l'information sur les ressources qui pourraient l'aider. Aidez-la à élaborer un plan de sécurité (voir la section sur l'intervention plus loin). Il est essentiel de faire un suivi.

Évaluer le risque d'homicide familial

La liste de contrôle suivante présente des facteurs de risque d'homicide familial connus. Les professionnels devraient utiliser un langage approprié quand ils posent ces questions.

- **Est-ce que des armes ont été utilisées, ou est-ce que des menaces ont été faites avec des armes?**
- **Est-ce que vous possédez des armes à feu, ou est-ce que vous avez accès à des armes?**
- **Est-ce qu'il y a eu des menaces de mort?**
- **La violence semble-t-elle plus intense ou plus fréquente?**
- **Est-ce que des objets ont été détruits?**
- **Est-ce qu'il y a eu des relations sexuelles non désirées?**
- **Est-ce qu'un animal domestique a été menacé, blessé ou tué?**
- **Y a-t-il des antécédents de problèmes psychologiques?**
- **Est-ce que le partenaire a un comportement obsessionnel?**
- **Est-ce qu'il est d'une jalousie excessive?**
- **Est-ce qu'il y a abus d'alcool ou de drogue?**
- **Est-ce que la situation familiale a changé récemment? Y a-t-il eu, par exemple, une séparation, une menace de séparation, une perte d'emploi, une grossesse ou un changement financier?**

(Ferris et coll., 1997a)

Documenter pleinement toutes les blessures visibles :

- utiliser, au besoin, le protocole de collecte de preuves d'agression sexuelle approprié;
- consulter l'agent de police présent au sujet de l'étiquetage et de la manipulation des preuves judiciaires (si la femme a décidé de faire appel à la police);
- verser à son dossier médical la description détaillée des blessures et toute autre information pertinente (voir la section sur la documentation des cas de violence).

Évaluation des risques

Pour déterminer la gravité des conséquences des mauvais traitements chez la femme, on doit bien se renseigner sur ses antécédents sociaux. Ce faisant, il est important **d'expliquer ce qu'on fait**. Pour connaître les antécédents sociaux de la femme, on doit **lui demander de raconter son histoire**. Il est important de lui demander de parler de son expérience de la violence, de sa situation actuelle, des conséquences pour elle et ses enfants, de la façon dont elle tente de faire face à la situation, de ce qu'elle a essayé de faire pour se protéger et de ce qu'elle envisage pour l'avenir.

Il est important de poser des questions à la cliente sur son inquiétude quant à sa sécurité personnelle immédiate. Il est particulièrement important de savoir si elle risque de subir de graves blessures ou d'être tuée. Si elle a été battue pendant sa grossesse, il est fort probable que le risque de blessures graves ou de décès est déjà très élevé. Évaluez si elle a des tendances suicidaires. Évaluez les risques d'homicide familial. Signalez-lui les dangers et donnez-lui de l'information sur les ressources qui pourraient l'aider. Aidez-la à élaborer un plan de sécurité (voir la section sur l'intervention plus loin). Il est essentiel de faire un suivi.

Évaluer le risque d'homicide familial

La liste de contrôle suivante présente des facteurs de risque d'homicide familial connus. Les professionnels devraient utiliser un langage approprié quand ils posent ces questions.

- **Est-ce que des armes ont été utilisées, ou est-ce que des menaces ont été faites avec des armes?**
- **Est-ce que vous possédez des armes à feu, ou est-ce que vous avez accès à des armes?**
- **Est-ce qu'il y a eu des menaces de mort?**
- **La violence semble-t-elle plus intense ou plus fréquente?**
- **Est-ce que des objets ont été détruits?**
- **Est-ce qu'il y a eu des relations sexuelles non désirées?**
- **Est-ce qu'un animal domestique a été menacé, blessé ou tué?**
- **Y a-t-il des antécédents de problèmes psychologiques?**
- **Est-ce que le partenaire a un comportement obsessionnel?**
- **Est-ce qu'il est d'une jalousie excessive?**
- **Est-ce qu'il y a abus d'alcool ou de drogue?**
- **Est-ce que la situation familiale a changé récemment? Y a-t-il eu, par exemple, une séparation, une menace de séparation, une perte d'emploi, une grossesse ou un changement financier?**

(Ferris et coll., 1997a)

INTERVENTION

L'importance de l'intervention

Les professionnels peuvent donner aux femmes maltraitées de l'information sur la violence et les choix qui s'offrent à elles. Ils doivent aussi **leur offrir les sources de soutien appropriées, ou les diriger vers ces sources** alors qu'elles décident de ce qui est mieux pour elles et leurs enfants. La continuité du service et le suivi sont essentiels. Les professionnels devraient dresser une liste des ressources à des fins de consultation et d'assistance (voir l'annexe A : Liste des ressources communautaires).

Éducation, information et orientation

Les femmes victimes de violence ont besoin d'information sur différents sujets, entre autres :

- la séquence et le cycle de la violence;
- les conséquences de la violence sur la femme enceinte et le fœtus;
- les conséquences de la violence sur le nouveau-né et son développement;
- les conséquences de la violence sur les enfants qui y sont exposés à la maison.

(Voir la section précédente sur les conséquences de la violence)

Les professionnels devraient déterminer les façons de fournir de l'information les mieux adaptées à leur cadre de travail. Ils peuvent, entre autres, fournir de l'information écrite, discuter de cette information avec la femme ou orienter celle-ci vers d'autres services communautaires.

Bien que les choix qui s'offrent à la femme dépendent de sa situation, de ses priorités et de ce qu'elle pense être le mieux pour elle et ses enfants, on peut l'aider à explorer ses préoccupations (Hotch, et coll., 1995), notamment :

- s'il faut ou non quitter l'agresseur;
- où elle ira si elle quitte l'agresseur;
- comment elle se protégera et protégera ses enfants si elle retourne chez elle;
- comment elle se protégera si l'agresseur est emmené hors du foyer (voir la rubrique « Planification de la sécurité », ci-dessous).

On doit l'encourager à envisager les différentes options possibles, par exemple :

- se rendre immédiatement dans un refuge;
- aller habiter chez sa famille ou chez des amis;
- apporter secrètement à la maison de l'information sur les ressources accessibles, qu'elle pourra utiliser plus tard;
- être orientée vers un service de counselling;
- rentrer chez elle après avoir pris rendez-vous pour une visite de suivi;
- rentrer chez elle après avoir demandé à quelqu'un de rester avec elle;
- être orientée vers la police, un avocat ou un organisme d'aide aux victimes (Modeland et coll., 1995; Warshaw, Ganley et Salber, 1993);
- faire une demande d'engagement de ne pas troubler l'ordre public pour son partenaire. (En vertu de récents changements au *Code criminel*, la police et d'autres intervenants, notamment les professionnels de la santé et des services sociaux, peuvent faire, au nom de personnes en danger, une demande d'engagement de ne pas troubler l'ordre public, c'est-à-dire une ordonnance judiciaire obligeant l'agresseur à ne pas chercher à entrer en contact avec la victime et ses enfants, par exemple.)

Fournir de l'information écrite

Les professionnels doivent être prêts à **fournir de l'information à jour sur les ressources communautaires disponibles**. Une liste à jour des organismes et des ressources communautaires sûrs (p. ex. refuges, centres de crise et services d'écoute téléphonique, d'aide aux enfants, de consultation et de conseils juridiques) **inscrite sur une carte assez petite pour être cachée dans un portefeuille ou une chaussure** (p. ex. une carte de visite). Ces cartes devraient être accessibles dans les toilettes, les salles d'examen et tout autre endroit privé.

Ces cartes informatives devraient également préciser ce qui suit :

- la plupart des services sont gratuits;

- certains refuges offrent des services de protection et d'information juridique;
- il existe des services pour les femmes ayant des besoins spéciaux;
- on peut se procurer de l'aide à l'extérieur de la communauté au besoin.

Comme il peut être trop risqué pour une femme de prendre de l'information écrite, précisez que les ressources offertes aux femmes violentées figurent dans l'annuaire téléphonique. Elles peuvent aussi mémoriser les numéros de téléphone utiles ou laisser un message chez une amie ou au travail (Hotch et coll., 1995; Warshaw, Ganley and Salber, 1993).

Bien qu'on déconseille aux professionnels de confronter directement un client qu'ils soupçonnent de violence, ils devraient chercher à rendre accessible l'information sur les programmes locaux de traitement des agresseurs (Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1997). Ils peuvent, entre autres, poser des affiches et offrir des dépliants sur les programmes locaux dans les salles d'examen ou de consultation.

Planification de la sécurité

Certaines femmes décideront que rentrer chez elles est l'option la plus sûre. Il importe de respecter la décision de chaque femme. Il peut toutefois être utile de discuter des stratégies qu'elle a utilisées pour se protéger et protéger ses enfants et de **l'aider à élaborer un plan de sécurité**[6]. Il ne faut pas :

- insister pour qu'elle quitte son partenaire violent;
- la mettre en danger en lui fournissant de l'information par un moyen risqué (p. ex. en la postant chez elle ou en lui donnant des instructions de sortie que l'agresseur pourrait lire);
- l'obliger à faire ce que quiconque juge préférable pour elle ou l'enfant à naître.

* Les femmes qui quittent leur agresseur courent un grand risque

Si une femme envisage de quitter l'agresseur, ***prévenez-la de ne pas l'en informer.*** *Les femmes courent un plus grand risque d'être victimes de violence sévère ou même d'être tuées* ***immédiatement après avoir quitté*** *leur conjoint ou leur partenaire. Une grande majorité des meurtres survient quand la femme tente de s'en aller afin d'échapper aux tentatives de contrôle de son partenaire (Santé Canada, 1995a).* ***Donnez-lui l'assurance que l'agresseur ne sera pas informé de son intention de le quitter.***

Préparer un « sac de sécurité »

Nombre de ressources suggèrent de conseiller aux femmes qui retournent à la maison de préparer en secret un sac de sécurité, qui sera prêt si jamais elles décident de s'en aller. Ce sac devrait comprendre de l'argent et des articles importants, par exemple :

- des vêtements de rechange pour elle et les enfants;
- des médicaments;
- un double des clés de la maison et de la voiture;
- de l'argent comptant, son chéquier, son livret de compte d'épargne et des cartes de débit ou de crédit;
- sa trousse d'accouchement ou d'autres articles dont elle aura besoin à l'hôpital;
- de la nourriture, des vêtements, des couvertures et des couches pour le nouveau-né, s'il y a lieu.

Quand elle s'en ira, elle devrait essayer d'emporter :

- ses pièces d'identité et celles des enfants, notamment les cartes d'assurance maladie, les passeports, les cartes d'assurance sociale, le permis de conduire, les documents d'hypothèque, les reçus du loyer, le certificat de propriété de la voiture et les diplômes;
- un article important pour chaque enfant (p. ex. un ours en peluche).

[6] Le *London Battered Women's Advocacy Centre* (London) a publié une trousse sur la sécurité des femmes maltraitées, qui comprend un plan de sécurité que chaque femme peut adapter à ses besoins.

Elle devrait avoir un plan qui précise exactement où se rendre, peu importe l'heure du jour ou de la nuit. Ce peut être chez un ami ou un proche, ou dans un refuge pour femmes et enfants (Hotch et coll., 1995; British Columbia Reproductive Care Program, 1997).

Suivi

On peut assurer la sécurité future de la femme et de ses enfants en la mettant en contact avec d'autres professionnels. Le suivi peut comprendre les activités suivantes :

- l'orienter vers un travailleur social ou une infirmière de la santé publique;
- prendre rendez-vous pour une visite de suivi (ou lui dire qu'elle peut revenir quand elle veut);
- l'orienter, au besoin, vers des professionnels de la santé mentale, des programmes sur l'abus d'intoxicants ou des services de counselling individuel ou d'entraide (ces professionnels devraient avoir reçu une formation sur la façon de traiter les femmes victimes de violence);
- prévoir des visites additionnelles pour les soins au nourrisson;
- l'orienter vers des cours sur le rôle parental ou des groupes de soutien aux nouveaux parents;
- l'orienter vers des organismes d'aide sociale à l'enfance, s'il y a lieu;
- l'orienter vers un travailleur communautaire (p. ex. dans un refuge ou un centre de transition).

(Midmer et coll., 1996)

La communication est un élément important du suivi. Ainsi, quand une femme révèle qu'elle est victime de violence, il doit y avoir un échange d'information approprié entre les services hospitaliers, les cliniques prénatales et les organismes de soins à domicile ou de santé publique qui feront les visites de suivi postnatal.

DÉNONCIATION ET CONFIDENTIALITÉ

Ce qui doit être signalé aux autorités

Violence envers les enfants

Au Canada, toutes les juridictions, à l'exception du Yukon, exigent que tous les **cas présumés ou soupçonnés de mauvais traitements et de négligence envers les enfants** soient signalés aux autorités des services à l'enfance et à la famille[7]. On doit prévenir les autorités, entre autres, dans les cas suivants :

- une femme enceinte victime de violence signale que ses enfants courent aussi un risque (ils sont, ont été ou risquent d'être victimes de mauvais traitements);
- l'examen d'un enfant ou un entretien avec un enfant indique qu'il est victime de mauvais traitements;
- une adolescente enceinte est victime de mauvais traitements[8].

Les professionnels doivent communiquer avec les autorités provinciales ou territoriales des services à l'enfance et à la famille afin de savoir quels sont les règlements et les lois applicables en matière de mauvais traitements et de négligence envers les enfants. Il est important d'avoir cette information sous la main.

On doit absolument informer dès le départ la femme enceinte maltraitée de l'obligation juridique de signaler aux autorités les cas de mauvais traitements ou de négligence envers les enfants. Si vous le lui dites **avant de lui demander si ses enfants sont aussi victimes de violence**, vous pourrez discuter du processus de dénonciation et des conséquences éventuelles. Dites-lui honnêtement ce qui pourrait lui arriver à elle et à ses enfants. Elle doit aussi savoir comment ses enfants peuvent être blessés s'ils restent avec l'agresseur, et qu'elle peut obtenir de l'aide.

[7] Au Yukon, les cas peuvent être signalés, mais ce n'est pas obligatoire (Groupe de travail fédéral-provincial sur l'information sur les services à l'enfance et à la famille, 1994).

[8] Les lois applicables dans chaque juridiction précisent l'âge maximal jusqu'auquel les services à l'enfance et à la famille doivent intervenir. L'âge varie de 16 à 19 ans, selon la juridiction (Groupe de travail fédéral-provincial sur l'information sur les services à l'enfance et à la famille, 1994).

*** Dans certaines provinces, l'exposition à la violence est considérée comme une forme de violence à l'égard des enfants**

Dans certaines juridictions, quand une femme signale qu'elle a subi des mauvais traitements, on peut être obligé de faire enquête sur tout cas connexe de violence envers l'enfance. Ainsi, les lois sur l'aide sociale à l'enfance dans les provinces de l'Atlantique et en Saskatchewan ont répondu aux allégations sur les conséquences négatives de l'exposition à la violence en ajoutant la catégorie « enfants vivant dans des situations de violence conjugale grave » aux critères permettant de déterminer quels enfants ont besoin d'être protégés par l'État.
Les enfants qui sont exposés à la violence conjugale, tout comme les enfants battus, victimes d'agressions sexuelles ou de négligence, sont considérés comme étant à risque et peuvent être placés sous la protection des services à l'enfance (Johnson, 1996).

Violence envers les femmes

La violence envers les femmes est considérée comme un crime au Canada (divers types de mauvais traitements sont des crimes en vertu du *Code criminel*, notamment les voies de fait et les agressions sexuelles (voir la liste ci-dessous). Cependant, cela ne veut **pas** dire que les professionnels ont l'obligation juridique de signaler les cas de violence envers les femmes à la police ou à toute autre autorité. En fait, on divulgue des renseignements confidentiels si on signale un cas de violence sans le consentement de la femme visée.

L'ensemble des provinces et des territoires a reconnu que la violence envers les femmes est un crime, et toutes les juridictions obligent la police à porter des accusations quand elle a des motifs raisonnables et probables de croire qu'il y a eu voics de fait (Ferris, McMain-Klein et Silver, 1997). Cela signifie que les femmes maltraitées peuvent ou non signaler leur cas aux autorités policières et que si elles le font, la police est tenue de porter des accusations. Ces politiques visent à réduire l'incidence de la violence en déchargeant les femmes de la responsabilité de porter des accusations et à servir de facteurs dissuasifs en faisant bien comprendre que la violence envers les femmes est un crime. Ce n'est pas aux professionnels de décider de prévenir la police, mais aux femmes.

En vertu du *Code criminel*, les agresseurs peuvent être accusés, notamment :

- d'enlèvement en violation d'une ordonnance de garde;
- de voies de fait graves;
- d'agression sexuelle grave;
- de voies de fait;
- de voies de fait causant des lésions corporelles;
- de tentative de meurtre;
- de séquestration;
- de prise d'otages;
- d'intimidation;
- de meurtre;
- d'agression sexuelle;
- d'agression sexuelle causant des lésions corporelles;
- d'agression sexuelle armée;
- de harcèlement criminel;
- de menaces.

Les autres motifs d'accusation comprennent, entre autres :

- violation de l'ordonnance d'un tribunal;
- manquement à une caution aux conditions de la probation;
- manquement à un engagement de ne pas troubler l'ordre public.

Les dispositions du *Code criminel* sur l'imposition des peines ont aussi été modifiées (depuis le 4 septembre 1996) afin de permettre la restitution ou le remboursement des dépenses réelles et raisonnables courues par la victime quand elle quitte le foyer de l'agresseur en raison de lésions corporelles ou de menaces de lésions corporelles (p. ex. l'hébergement temporaire, la nourriture, la garde des enfants et le transport, si l'on peut en évaluer facilement les montants).

Confidentialité

Les professionnels doivent protéger la vie privée de toutes les femmes. Ils ne doivent pas divulguer de l'information à leur sujet sans **leur consentement écrit, volontaire et éclairé**. Ils ne doivent pas :

- **dire à un agresseur que sa partenaire a reconnu qu'elle était victime de violence;**
- faire des pressions pour que la femme informe la police;
- appeler la police sans son consentement;
- attendre avant de l'informer de l'obligation juridique de signaler les cas de violence envers les enfants ou divulguer des renseignements avant qu'elle ait parlé de la violence.

D'une manière générale, on ne doit jamais divulguer de l'information si on n'est pas tenu de le faire par un mandat de perquisition, une assignation ou une autre ordonnance judiciaire. **Gardez un exemplaire** de toute l'information obtenue. Rappelez-vous que l'agresseur ou son avocat peut, par example, avoir accès à l'information divulguée aux procureurs de la Couronne, ce qui risque de mettre la femme en danger ou de l'exposer à des blessures. Les règlements sur la divulgation de l'information relèvent des provinces ou des territoires et sont une question d'obligation professionnelle. Les intervenants devraient se renseigner sur les règlements provinciaux ou territoriaux et sur leurs obligations professionnelles à cet égard. En cas de doute, il est important de consulter un avocat.

Ceux qui travaillent dans des communautés peu peuplées, rurales ou éloignées devront prendre des précautions supplémentaires pour assurer la sécurité de leurs patientes et la confidentialité des renseignements.

DOCUMENTATION DES CAS DE VIOLENCE

L'importance de la documentation

La qualité de la documentation d'un cas de violence peut aider à prouver qu'une femme a été victime de mauvais traitements. La femme pourra avoir besoin de cette documentation (dans l'immédiat ou plus tard) si des accusations sont portées ou si des poursuites judiciaires sont entamées au sujet de la garde des enfants ou pour un autre motif. Selon leur rôle, les professionnels peuvent être chargés de documenter les cas de violence ou d'expliquer le processus de documentation aux femmes. Ils devraient consulter les unités d'enquête des services de police et des spécialistes juridiques sur les exigences et les procédures applicables à la documentation et à la conservation des preuves.

Dossiers médicaux

Les professionnels qui savent ou qui soupçonnent qu'une femme a été victime de violence devraient le noter dans son dossier médical.

* S'assurer que l'information est conservée de façon à assurer la sécurité de la patiente

> *Ne notez pas l'information sur la violence dans le dossier prénatal de la femme, qu'elle peut apporter à la maison. Cela pourrait la mettre en danger si son partenaire lit le dossier. Il est préférable de noter ces renseignements à part.*

Quand une femme a été victime de mauvais traitements, il est important de noter ce qui suit :

- le nom des personnes présentes à l'entretien ou à l'examen;
- la description du problème présenté et la description détaillée, dans les termes de la femme, de la façon dont les blessures ont été subies;
- la description de toutes les blessures (notamment le type, l'endroit, la longueur, la largeur, la forme, la couleur, la profondeur et le degré de guérison). On doit noter si une agression sexuelle a été confirmée ou est soupçonnée;

- la description du comportement de la femme, y compris ses gestes, ses expressions, etc.;
- toute violence soupçonnée ou confirmée envers des enfants et le moment où les autorités ont été informées;
- un diagramme complet d'emplacement des blessures (voir plus loin);
- les résultats des tests diagnostiques ou de laboratoire;
- le traitement requis;
- des précisions sur l'admission à l'hôpital, le séjour et l'état à la sortie;
- l'information écrite ou verbale fournie à la patiente;
- toute preuve recueillie et conservée;
- toutes les photographies, accompagnées du consentement écrit de la femme;
- l'aiguillage et le suivi.

(Ferris, McMain-Klein et Silver, 1997)

Photographies

Si la femme accepte que ses blessures soient photographiées (il est recommandé d'obtenir son consentement écrit), les photos peuvent représenter un important outil de documentation, complétant de bonnes descriptions écrites des blessures dans le dossier médical. On doit lui expliquer que les photos pourront être utilisées comme preuves au besoin (dans l'immédiat ou à l'avenir). Idéalement, on devrait prendre les photos avant de soigner les blessures. Il peut aussi être utile de prendre une deuxième série de photos lorsque les ecchymoses apparaissent.

Utilisez une pellicule couleur[9]. Indiquez la taille des blessures à l'aide d'un objet de comparaison (p. ex. une pièce de monnaie) ou en ajoutant une règle sur la photo. Assurez-vous que le visage de la femme est visible sur au moins un des clichés. Photographiez les blessures sous des angles différents, en faisant des gros plans et en prenant des photos à distance. Prenez deux photos de chaque blessure ou conséquence d'un traumatisme (proposez une série à la femme).

Rangez la pellicule non développée dans une enveloppe scellée en précisant la date et l'emplacement des blessures, ajoutez le nom et la signature de la femme, du photographe, des médecins présents et de tous les témoins. Inscrivez dans le dossier médical que des photos ont été prises et joignez-y la formule de consentement (Searle, sans date; Warshaw, Ganley et Salber, 1993; Hotch et coll., 1995; British Columbia Reproductive Care Guidelines, 1997).

Diagramme d'emplacement des blessures

Les diagrammes d'emplacement des blessures permettent d'indiquer l'emplacement des blessures qui ne figurent pas sur les photos. On peut aussi les utiliser quand il est impossible de prendre des photos (ces diagrammes peuvent être un croquis du corps fait à la main ou une formule préparée, voir l'annexe B). Le professionnel ou la femme peut indiquer l'emplacement des blessures actuelles et antérieures sur le diagramme. Si l'on ajoute une description des blessures, on doit le faire en utilisant les mots employés par la femme, si possible. Les diagrammes devraient être versés au dossier médical de la femme (Alaska Network on Domestic Violence and Sexual Assault, 1987; Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1992; Warshaw, Ganley et Salber, 1993).

Autres dossiers

Les radiographies montrant de vieilles blessures permettent de documenter les antécédents de violence. Dans certains cas, les lectures faites par tomographie par ordinateur ou l'imagerie par résonance magnétique peuvent aussi fournir des preuves des mauvais traitements (Warshaw, Ganley et Salber, 1993).

Conservation des preuves des mauvais traitements

Les professionnels ont la responsabilité de s'assurer que toutes les preuves recueillies sont correctement étiquetées et conservées dans le contenant approprié. Si l'on recueille des échantillons sanguins ou autres, on doit le noter dans le dossier médical de la femme. Étiquetez les contenants comme suit : nom de la femme, numéro d'identification à l'hôpital (s'il y a lieu), date de collecte, description du contenu et initiales ou signature de la personne qui a recueilli la preuve. Scellez le contenant, entourez-le de ruban adhésif pour le rendre inviolable,

[9] Certaines sources (Warshaw, Ganley et Salber, 1993; Hotch et coll., 1995) proposent d'utiliser un film Polaroid car cela permet de verser les photos immédiatement au dossier médical et réduit les risques de perte. De plus, cela permet d'évaluer la qualité des clichés immédiatement, avant que la femme s'en aille. Si on utilise un film Polaroid, l'information devrait figurer sur chaque photo et les photos devraient être versées au dossier médical.

apposez-y vos initiales et notez son emplacement dans le dossier médical.

On recommande aux professionnels de se renseigner auprès des services policiers locaux sur la collecte et la manipulation appropriées des preuves (Hotch et coll., 1995).

PARTIE 3 :
RÉAGIR FACE À LA VIOLENCE PENDANT LA GROSSESSE

SURMONTER LES OBSTACLES ET TROUVER DES SOLUTIONS

Obstacles structurels

Certaines des principales sources de frustration dans les cas de violence sont les obstacles structurels inhérents aux secteurs de la santé et des services sociaux. Il est facile de se laisser décourager. Les professionnels de la santé et des services sociaux font face à de nombreux défis quand ils mettent de nouvelles méthodes à l'essai pour fournir des services efficaces. Ainsi, aujourd'hui, de nombreuses femmes restent moins longtemps à l'hôpital après l'accouchement et retournent plus vite chez elles. De plus, pendant leur hospitalisation, les possibilités de dépistage des femmes qui ont été ou qui risquent d'être victimes de mauvais traitements sont plus limitées. Les professionnels de la santé et des services sociaux sont constamment confrontés à des difficultés quand ils tentent d'aborder la myriade de problèmes rencontrés par les gens et de faire un suivi. Les refuges et les autres ressources d'aide ne sont pas toujours en mesure de fournir un hébergement et un soutien culturellement accessibles ou autrement appropriés. Malgré certaines innovations sur le plan juridique (p. ex. les dispositions sur le harcèlement criminel), en matière d'application de la loi (p. ex. les politiques sur l'accusation obligatoire en cas de violence conjugale) et relativement à la procédure judiciaire (p. ex. dans certaines juridictions, l'existence de tribunaux sur la violence conjugale), on apprend trop souvent, malheureusement, que les « systèmes » auxquels les femmes ont fait appel ont échoué et, parfois, que ces femmes sont aujourd'hui mortes.

Que peut-on faire, sur le plan pratique, pour assurer que les systèmes de santé et de services sociaux soient mieux en mesure de répondre efficacement aux besoins des femmes victimes de violence? Bien que les défis soient nombreux, il ne faut pas perdre espoir. Les systèmes peuvent et doivent changer. En fait, selon un rapport récent sur les progrès réalisés dans la lutte contre la violence envers les femmes, l'amélioration des services de santé est la plus grande réalisation en ce qui a trait à l'étude des facteurs déterminants et à l'acquisition de nouvelles connaissances (MacLeod et Kinnon, 1996).

Obstacle potentiel	Ce que peuvent faire les professionnels
La violence envers les femmes n'est pas considérée comme une priorité en matière de santé	Participer à l'élaboration des politiques et des pratiques. Demander l'aide de femmes et d'hommes pour trouver une solution au problème.
Les systèmes fonctionnent dans l'isolement	Encourager l'élaboration de protocoles communs. Soutenir une meilleure intégration et coordination des services. Soutenir les activités communautaires qui renforcent les liens entre les différents intervenants.
Le problème de la violence envers les femmes pendant leurs années de fécondité n'est pas reconnu au sein de la pratique ou de l'organisation	Soutenir les activités de recherche aidant à cerner les problèmes et à trouver des solutions. Favoriser la sensibilisation de la direction et du personnel. Encourager l'adoption de politiques et de protocoles internes et interorganisationnels permettant de s'attaquer au problème de la violence envers les femmes. Reconnaître que la violence est bien réelle. Écouter les femmes qui ont été victimes de violence. Parler ouvertement du problème.
Le problème de la violence envers les femmes pendant leurs années de fécondité n'est pas bien compris au sein de la profession	Contribuer à la recherche et à l'échange d'information. Aider à élaborer des politiques sur la question.

Obstacles pour les professionnels de la santé et des services sociaux

Actuellement, bien des cas de violence pendant la grossesse ne sont pas dépistés. Cette situation est due à de nombreuses raisons, mais est souvent liée aux difficultés que les professionnels rencontrent quand ils sont confrontés à un cas de violence et cherchent à réagir le mieux possible. Le tableau ci-dessous présente certains des obstacles auxquels sont confrontés les professionnels et propose des solutions.

Obstacle potentiel	Ce que peuvent faire les professionnels
On manque de ressources pour orienter les femmes vers d'autres professionnels	Acquérir des connaissances sur les ressources communautaires et autres. Exploiter les ressources accessibles (y compris les représentants des services de santé locaux, les aînés, etc.). Ouvrir des centres temporaires où les femmes seront en sécurité. Aider les femmes à quitter la communauté au besoin.
On manque de temps	Reconnaître que la détermination du problème est une première étape importante. Dresser une bonne liste d'intervenants (services sociaux, travailleurs sociaux, etc.) vers lesquelles orienter les femmes. Établir de nouvelles priorités en matière de soins prénatals. Reconnaître que le processus ne demande **pas** forcément beaucoup de temps, surtout si les protocoles appropriés sont en place.
On manque de connaissances et d'information sur la violence *On manque de compétences pour évaluer et aborder les cas de violence* *On manque d'assurance pour évaluer et aborder les cas de violence*	Suivre une formation et apprendre les meilleurs moyens de gérer ces situations. Se renseigner sur les conséquences de la violence pour les femmes. Acquérir une expérience des modèles interdisciplinaires.
Des problèmes personnels liés à la violence font surface	Accepter ce qu'on ressent. Consulter un spécialiste, demander de l'aide.
On ne veut pas être impliqué	Se renseigner sur les questions morales, éthiques et juridiques liées à la violence. Recevoir une formation sur les approches interdisciplinaires.
On se sent isolé	Établir des liens avec d'autres intervenants et échanger de l'information. Se renseigner sur les ressources communautaires d'aide aux femmes maltraitées. Se renseigner sur le rôle exact qu'on peut jouer. Améliorer les relations avec des organismes professionnels.
On ne sait pas très bien ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire	Établir des protocoles, des politiques et des mécanismes d'apprentissage au sein de la communauté. Assumer pleinement ses responsabilités professionnelles. Évaluer régulièrement l'approche utilisée.
Il existe des barrières linguistiques ou culturelles	Faire appel à des interprètes professionnels. S'assurer que, conjointement avec son personnel, on acquiert les compétences et on établit les liens nécessaires pour bien comprendre les communautés culturelles servies par la profession ou l'organisation. Encourager la collaboration avec des organismes de culturels ou services aux femmes.
Il est difficile d'offrir des services à cause du handicap de la patiente	Faire appel à un interprète gestuel. Travailler avec des spécialistes de la défense des personnes handicapées. S'assurer que le personnel établit des liens avec des services accessibles.

Obstacles pour les femmes victimes de violence

Les femmes violentées qui cherchent à obtenir de l'aide sont souvent confrontées à divers obstacles. Chez certaines femmes, la grossesse peut faire naître un sentiment de vulnérabilité, d'impuissance et de dépendance encore plus grand. Chez d'autres, la grossesse peut être une source de force et de motivation pour améliorer leur sort. Chez certains groupes de femmes, notamment les Autochtones, les immigrantes, les membres de minorités visibles et les femmes handicapées, les mauvais traitements aggravent les conséquences de la discrimination et de l'inégalité auxquelles elles sont confrontées dans la société. Les barrières systémiques, notamment le racisme et le sexisme institutionnels, les stéréotypes culturels et les attitudes négatives, peuvent compliquer la tâche aux femmes qui recherchent services et soutien.

Obstacle potentiel	Ce que peuvent faire les professionnels
La femme ne peut accéder aux services appropriés (ou y avoir recours)	Comprendre que des visites irrégulières peuvent être liées à des mauvais traitements. Assurer un dépistage général et accessible à divers endroits de la communauté. S'assurer que plus d'information est accessible à des endroits sûrs dans la communauté. Fournir de l'information dans le plus grand nombre de langues possibles dans la collectivité.
La femme craint de révéler les mauvais traitements subis ou d'en parler	Comprendre la dynamique de la violence et les raisons pour lesquelles une femme peut avoir de la difficulté à révéler sa situation ou à en parler. Poser des questions sur la violence dans le cadre des activités routinières, en privé et en faisant preuve de compréhension. Parler en manifestant son soutien et en faisant preuve d'empathie. Faire un dépistage régulier. Fournir des renseignements sur les ressources communautaires qui offrent de l'information et du soutien.
La femme a de la difficulté à quitter son partenaire violent, notamment parce qu'elle a peur	Comprendre que la femme court peut-être un plus grand risque si elle s'en va. Ne pas la juger et ne pas exercer de pressions. Offrir un soutien continu. Fournir de l'information sur les ressources communautaires qui offrent des services d'intervention et de l'aide, dans un contexte sécuritaire. L'aider à élaborer un plan de sécurité.

STRATÉGIES DE PRÉVENTION

Les activités en cours

De nombreuses activités sont actuellement réalisées partout au Canada dans le but de sensibiliser davantage les professionnels sur la violence pendant la grossesse et sur les moyens d'aider les femmes qui sont victimes de mauvais traitements[10]. Jusqu'à présent, les activités ont surtout été axées sur l'éducation et sur la conception et la distribution d'outils, notamment des questionnaires et des directives de dépistage. Voici une liste partielle de ces activités :

- La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a préparé un exposé de principe sur la violence envers les femmes, qui comprend des questions à poser aux femmes qui en sont victimes (SOGC, 1996).

- La SOGC a produit un document présentant des directives sur les soins à apporter pendant la grossesse et après l'accouchement *(Healthy Beginnings: Guidelines for Care during Pregnancy and Childbirth)*, qui comprend une section sur la violence envers les femmes recevant des soins obstétricaux (SOGC, 1995).

- Santé Canada publiera sous peu un document sur les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale (Santé Canada, à venir).

- Le département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto a conçu la formule et le manuel de référence ALPHA (*Antenatal Psychosocial Health Assessment*), qui aident les intervenants à évaluer les questions psychosociales entourant la grossesse (Midmer et coll., 1996).

- De nombreuses provinces ont révisé ou prévoient réviser leur registre prénatal afin d'y inclure des questions sur la violence pendant la grossesse (notamment la Saskatchewan, l'Ontario, la Colombie-Britannique, et Terre-Neuve et le Labrador).

- À l'Île-du-Prince-Édouard, les fournisseurs de soins de santé mettent présentement à l'essai la formule ALPHA (Midmer, et coll., 1996), qu'ils prévoient utiliser conjointement avec le registre prénatal provincial.

- Le *Saskatchewan Institute on the Prevention of Handicaps* a préparé une trousse d'information sur la violence pendant la grossesse à l'intention des fournisseurs de soins de santé (*Domestic Violence during Pregnancy*).

- Le *British Columbia Reproductive Care Program* a révisé ses lignes directrices sur la violence familiale pendant la grossesse et après l'accouchement.

- En Alberta, le *Women's Health Program (Capital Health Authority*, Edmonton) a commencé à enseigner aux infirmières, aux travailleurs sociaux et aux médecins comment interroger toutes les femmes sur les situations de violence (c.-à-d. celles qui se présentent aux services d'urgence, d'obstétrique et de gynécologie des hôpitaux, et qui participent au programme de soins à domicile après l'accouchement du service de santé communautaire).

- Le *IWK Grace Health Centre*, en Nouvelle-Écosse, élabore un programme de dépistage de la violence chez les femmes, qui sera utilisé dans le cadre des programmes de santé des femmes et des soins à la mère et au nouveau-né.

- Le *Toronto Hospital* a élaboré des protocoles types sur le dépistage et l'orientation des femmes victimes de violence, qu'il partage avec d'autres organisations (voir l'annexe C). Des brochures sur les ressources offertes sont distribuées dans toutes les toilettes pour femme des hôpitaux publics depuis 1996.

- À Québec, les cliniques de maternité des hôpitaux font dorénavant un dépistage de facteurs de risque précis (notamment les facteurs liés à la violence) auprès de toutes les femmes enceintes, à la douzième et à la vingt-huitième semaine. Celles qui présentent des facteurs de risque précis sont orientées vers les centres locaux de santé communautaire (CLSC), et le suivi prénatal comprend, notamment, des visites à domicile par une infirmière et l'orientation vers les services sociaux au besoin. Le programme OLO, programme de nutrition prénatale destiné aux femmes enceintes gagnant un faible revenu, permet aux infirmières et aux nutritionnistes de déterminer les facteurs de risque liés à la violence dans le cadre de visites effectuées à la quinzaine ou au mois.

[10] Pour obtenir plus de renseignements sur les questions relatives à la violence, adressez-vous au Centre national d'information sur la violence dans la famille (voir les coordonnées dans l'avant-propos du présent document).

Ce que les professionnels peuvent faire

Les professionnels de la santé et des services sociaux ont les responsabilités suivantes :

- adopter un modèle de comportement non violent dans leur vie professionnelle et leur vie privée;
- comprendre les questions liées à la violence;
- soutenir les activités et les services permettant de prévenir la violence dans leur communauté;
- renseigner leurs collègues et homologues sur le dépistage des cas de violence conjugale et sur les meilleures pratiques pour aborder les cas de violence;
- être attentifs aux signes révélateurs afin de déceler les cas de violence, d'intervenir et de traiter ou d'orienter les femmes battues de façon efficace.

Les professionnels doivent commencer par **comprendre leur propre expérience et ses conséquences**. Les hommes et les femmes devraient s'interroger sur leur capacité de résoudre les conflits dans leurs relations. Ils doivent se demander ce qu'ils ont appris au sujet de la violence et comment ces connaissances les ont influencés. Ils doivent être prêts à en apprendre plus sur les questions relatives à la violence envers les femmes. Les établissements d'enseignement et les associations professionnelles devraient être en mesure d'aider les professionnels à déterminer quels sont les programmes et les ressources accessibles. (De plus, l'intérêt manifesté par les professionnels peut favoriser l'élaboration de tels programmes.)

En plus d'améliorer leurs connaissances, leurs compétences et leur efficacité face au problème de la violence, les professionnels doivent s'assurer que l'importance de la question est reconnue et que celle-ci est traitée en priorité. Ainsi, il est très important que les professionnels **communiquent avec les autres membres de la communauté qui s'occupent des questions relatives à la violence envers les femmes**. À cette fin, ils doivent collaborer avec ceux qui veulent concevoir des mécanismes d'aide ou améliorer les mécanismes existants, et qui tentent de prévenir la violence pendant la grossesse. Les professionnels devraient envisager les activités suivantes :

- former un comité interdisciplinaire sur la violence pendant la grossesse ou se joindre à un comité existant;
- appuyer les groupes ou les coalitions communautaires qui s'occupent de ce problème ou travailler avec eux;
- faire en sorte que la question figure à l'ordre du jour des coalitions ou des groupes auxquels ils appartiennent;
- soutenir la mise en application de programmes innovateurs dans la communauté, notamment des activités destinées directement aux hommes (p. ex. campagnes éducatives et programmes de traitement des hommes violents);
- établir des réseaux dans la communauté;
- lutter contre les stéréotypes culturels en collaborant avec les communautés afin de trouver des solutions;
- aborder le problème de la violence dans le cadre des activités de développement communautaire (p. ex. dans les communautés rurales ou de petite taille);
- aider à l'élaboration de programmes éducatifs scolaires et communautaires visant à aider les gens à adopter des comportements différents et à prévenir la violence, notamment en offrant une formation sur la résolution des conflits, la gestion de la colère et l'établissement de relations respectueuses entre les sexes à partir de l'école primaire, et en offrant des programmes sur la violence dans les couples d'adolescents;
- aider à concevoir des campagnes éducatives dans la communauté ou appuyer les campagnes existantes (p. ex. en faisant des exposés sur la question et en abordant le sujet de la violence durant les cours prénatals).

Ainsi, les solutions communautaires sont particulièrement importantes dans les communautés autochtones. Les professionnels de la santé et des services sociaux ne devraient pas tenter de « professionnaliser » le problème, mais plutôt de collaborer avec d'autres membres de la communauté afin de concevoir des approches innovatrices. Cela nécessite du temps et une compréhension du processus de conception (Durst, 1991).

En 1996, le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones présentait certaines « règles de base », par exemple :

- ne pas stéréotyper les Autochtones comme des gens violents;

- s'assurer que les personnes à risque peuvent obtenir de l'aide facilement;
- ne pas trouver d'excuses sociales ou culturelles aux comportements violents;
- veiller à la sécurité et au respect des droits des personnes vulnérables;
- ne pas croire qu'on peut considérer la violence familiale comme un problème isolé;
- mettre un terme aux inégalités et au racisme, qui alimentent la violence sous ses nombreuses formes.

(Commission royale sur les peuples autochtones, 1996b)

Les professionnels peuvent également **favoriser le perfectionnement professionnel,** notamment en réalisant les activités suivantes :

- inviter les gens qui travaillent dans ce domaine à animer des séances d'information dans leur milieu de travail;
- assister aux programmes et aux ateliers éducatifs offerts dans la communauté;
- encourager leur association professionnelle à élaborer des ressources éducatives, des politiques, des programmes et une formation sur la question.

Enfin, les professionnels peuvent souhaiter participer **à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes, de protocoles et d'outils** (notamment des programmes de suivi des femmes enceintes victimes de violence) dans leur milieu de travail. (Cette étape peut découler directement de la collaboration avec des gens expérimentés et spécialisés dans ce domaine.) Ainsi, ils peuvent :

- réserver du temps au problème de la violence dans le cadre des soins prénatals;
- concevoir des séances de formation du personnel sur les questions relatives à la violence et l'évaluation du problème;
- élaborer (ou adapter ou adopter) un questionnaire de dépistage et l'intégrer à la routine;
- concevoir (et partager) des protocoles hospitaliers et autres pour le dépistage et le traitement des cas de violence chez les femmes, notamment des modèles nationaux *(remarque : aux États-Unis, les hôpitaux doivent élaborer des protocoles de dépistage et d'orientation des femmes battues dans le cadre de leur accréditation)*;
- élaborer des programmes de suivi de la violence conjugale (voir Hotch et coll., 1995);
- dresser (ou adapter) la liste des ressources potentielles dans la communauté et la distribuer;
- afficher de l'information sur la violence à des endroits sûrs et accessibles (p. ex. dans les salles d'attente, les salles d'examen et les toilettes) de leurs bureaux. Le numéro de téléphone des refuges locaux, des services d'écoute et des autres ressources devrait être affiché dans un endroit en vue.

(Rattray, T., et B. Famularo, sans date; Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1992; Hotch et coll., 1995; Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps, 1996; British Columbia Reproductive Care Program, 1997)

ANNEXE A :
LISTE DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES

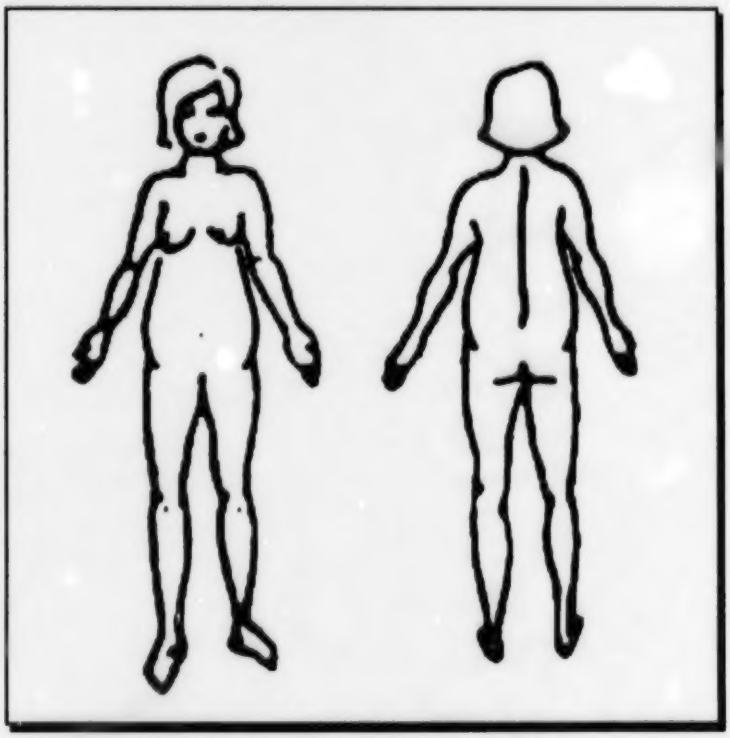
Les professionnels devraient tenir une liste à jour des ressources communautaires vers lesquelles ils peuvent diriger les femmes battues. Voici un exemple de liste.

RESSOURCE	CONTACT	TÉLÉPHONE, ADRESSE	REMARQUES
POLICE			
REFUGES			
■			
■			
■			
AIDE ET SERVICES AUX VICTIMES			
Liés à la police			
Liés aux tribunaux			
Autres			
SOUTIEN EN CAS D'AGRESSION SEXUELLE			
■			
■			
CENTRES POUR FEMMES			
■			
SERVICES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE			
■			
■			
SERVICES MÉDICAUX, SOINS DE SANTÉ			
■			
■			
COUNSELLING			
■			
AIDE JURIDIQUE			
Services juridiques			
Services d'orientation vers un avocat			
Autres			
SERVICES AUX AUTOCHTONES			
■			
■			
SERVICES AUX IMMIGRANTS ET AUX RÉFUGIÉS			
■			
ORGANISMES ETHNOCULTURELS QUI S'OCCUPENT DE VIOLENCE			
■			
AIDE SOCIALE À L'ENFANCE			
■			
PROGRAMMES D'AIDE AUX HOMMES VIOLENTS ENVERS LES FEMMES			
CENTRES D'INFORMATION ET RÉSEAUX			
AUTRES			

ANNEXE B :
DIAGRAMME TYPE D'EMPLACEMENT DES BLESSURES

DIAGRAMME DE LOCALISATION DES TRAUMATISMES

Si vous avez été victime de violence physique (coups, coups de poing, gifle, coups de pied ou blessée physiquement de toute autre manière) au cours de cette grossesse, veuillez indiquer à l'aide d'un X les endroits où vous avez été blessée.



ANNEXE C :
EXEMPLE DE PROTOCOLE EN CAS DE VIOLENCE CONJUGALE

Manuel des politiques et des procédures du *Toronto Hospital* **ADMINISTRATION**	
Section: **SOINS AUX PATIENTS** **Prise en charge des patients**	Titre : **Politique 2.1.314 Violence conjugale**
Préparé par : **Groupe de travail sur la violence**	Date : 01-96 (o)
Approuvé par : **Comité des opérations**	Mise à jour :

POLITIQUE EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE

Le *Toronto Hospital* doit dépister les cas de violence conjugale, intervenir de façon efficace et, dans la mesure du possible, prévenir la répétition de la violence conjugale à l'endroit de ses patients, peu importe leur appartenance ethnique, leurs valeurs culturelles, leur âge, leur sexe, leur race, leur condition socioéconomique, leur orientation sexuelle, leurs capacités, leur état psychologique et leurs antécédents psychiatriques.

Au *Toronto Hospital*, la violence conjugale est définie comme étant l'intention du partenaire d'intimider, par les menaces ou la force physique, l'autre partenaire ou de porter atteinte à ses biens. Le but de la violence est de contrôler le comportement de l'autre par la peur. La violence conjugale peut prendre de nombreuses formes : violence physique, sexuelle ou psychologique à l'endroit du partenaire, menaces à l'égard d'un tiers (p. ex. un enfant) ou destruction des biens (p. ex. animal de compagnie, objet ayant une valeur sentimentale, etc.).

La violence conjugale est un crime et un abus de pouvoir. Le partenaire maltraité n'est pas responsable de la violence qu'il subit. Il ne faut jamais excuser les actes de violence. La consommation d'alcool ou de drogues, les différences culturelles et le stress ou les troubles de santé mentale n'excusent pas la violence. Des indicateurs ont été élaborés pour aider le personnel à dépister les cas de violence conjugale.

MARCHE À SUIVRE EN CAS DE VIOLENCE FAMILIALE SOUPÇONNÉE, OBSERVÉE OU SIGNALÉE

1. Si c'est possible, voyez la personne seule et dans un endroit privé. Soyez neutre et posez des questions ouvertes.

2. Si la personne a besoin d'un interprète, choisissez quelqu'un qui ne fait pas partie de sa famille.

3. Faites comprendre à la personne que vous la croyez, qu'elle n'est pas responsable de la violence qu'elle a subie et qu'elle a le droit d'être en sécurité. Posez-lui des questions au sujet :

   a) du degré de danger immédiat;
   b) de la nature et de la fréquence des actes de violence;
   c) de sa situation familiale ou de ses conditions de vie;
   d) de ses ressources personnelles et financières.

4. Expliquez à la personne que même si l'information qu'elle fournit est confidentielle, elle sera portée à son dossier.

5. Étant donné que vous ne reverrez peut-être pas la personne, profitez de l'occasion pour discuter des choix et des ressources qui s'offrent à elle. Assurez-vous toutefois que votre intervention n'augmente pas les risques de violence qu'elle court. Ceci peut inclure l'aiguillage vers un travailleur social (postes 3616 ou 5929).

6. Assurez-vous que tous les choix sont faits par la personne et qu'aucun service ne lui est refusé si elle ne quitte pas son agresseur.

7. Portez au dossier médical de la personne l'information suivante : résumé de la discussion, description des blessures physiques et des réactions affectives, comportementales et psychologiques à la situation, description des épisodes de violence, réactions pendant la discussion, traitement ou soins fournis et suivi (voir les indicateurs ci-dessous).

INDICATEURS DE VIOLENCE CONJUGALE

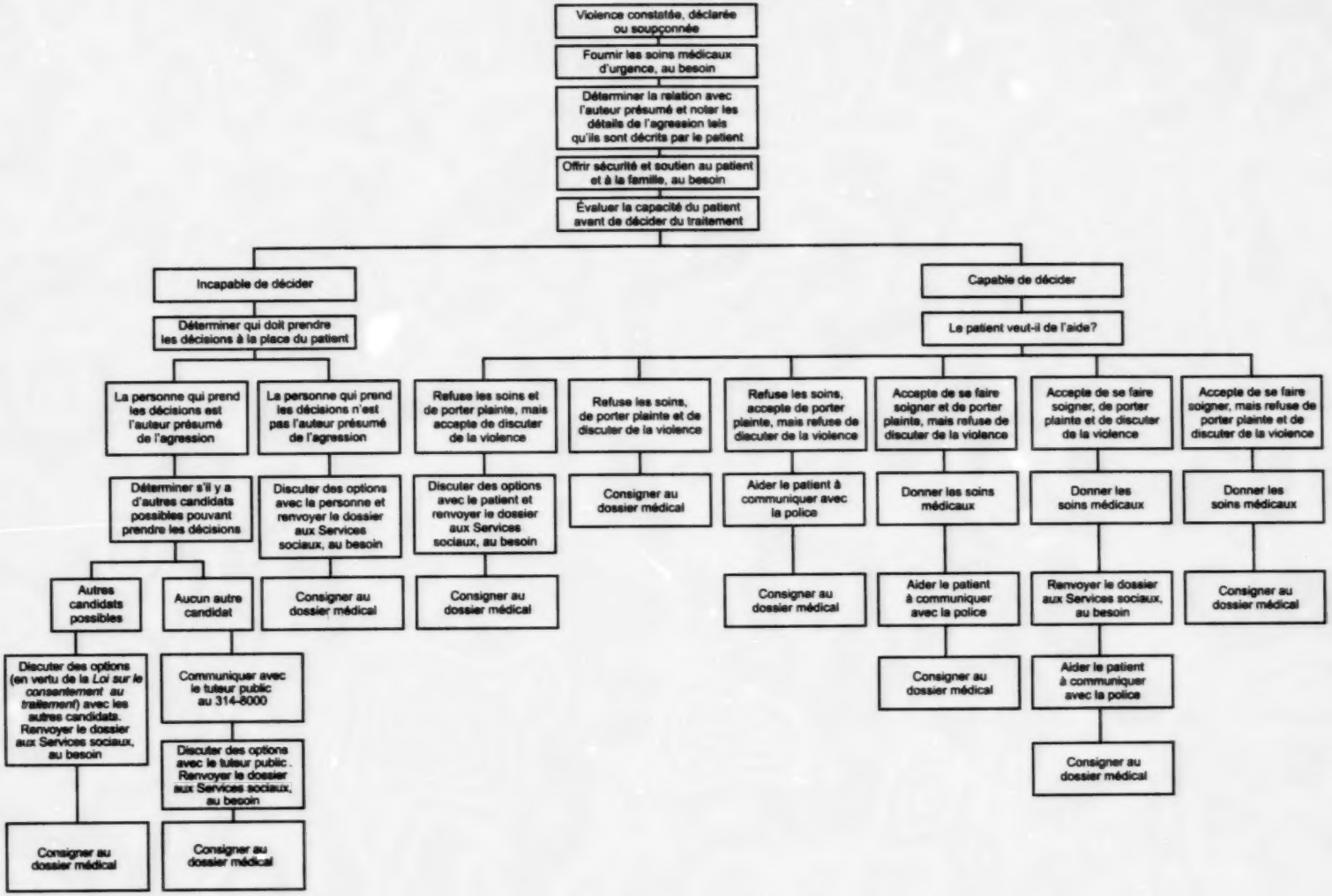
PHYSIQUES

1. Blessures (os et tissus mous)
   - lacérations à la tête ou au visage
   - dents brisées
   - fracture ou dislocation de la mâchoire
   - contusions, écorchures
   - perte de cheveux
   - contusion oculaire (œil au beurre noir)
   - perforation du tympan
2. Hémorragie rétinienne
3. Ecchymoses périnéales ou à l'abdomen ou aux seins, surtout si la femme est enceinte
4. Morsures
5. Brûlures étranges causées par :
   - une cigarette,
   - de la graisse chaude,
   - un élément de la cuisinière,
   - un acide.
6. Blessures dont la nature ne concorde pas avec le récit de la patiente
7. Indications de blessures antérieures
8. Visites plus fréquentes à l'hôpital

PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX

1. Peur ou colère envers l'agresseur
2. Tendance à fondre en larmes
3. Choc
4. Dissociation
5. Rappel d'images
6. Sentiment d'isolement
7. Peu d'importance accordée au traitement des blessures de la femme ou de son enfant
8. Refus ou remise à plus tard des interventions
9. Sentiment d'être la cause de la violence
10. Peur des représailles
11. Détachement ou hostilité possible à l'égard des enfants
12. Manque de réalisme quant au développement et aux capacités de l'enfant
13. Dépression
    - manque d'estime de soi
    - apparence non soignée
    - évocation du suicide ou tentatives
    - comportement anorexique ou boulimique
    - abus d'alcool ou de drogues
    - sentiment d'impuissance
    - maladies psychosomatiques
    - repli sur soi
    - insomnie
    - crises d'angoisse
    - tendance à pleurer souvent
    - indécision
    - pas de contact visuel

The Toronto Hospital
Ordinogramme sur la violence conjugale



ANNEXE D :
EXEMPLE DE PROTOCOLE CONCERNANT LES AGRESSEURS PRÉSUMÉS

Manuel des politiques et des procédures du *Toronto Hospital* **ADMINISTRATION**	
Section: **SOINS AUX PATIENTS** **Prise en charge des patients**	Titre **Politique 2.1.315 L'agresseur présumé**
Préparé par : **Groupe de travail sur la violence**	Date : 01-96 (o)
Approuvé par : **Comité des opérations**	Mise à jour :

POLITIQUE CONCERNANT LES AGRESSEURS PRÉSUMÉS

Le *Toronto Hospital* doit intervenir de façon efficace auprès des auteurs soupçonnés de violence conjugale afin de prévenir, si possible, d'autres cas de violence, peu importe l'appartenance ethnique de l'agresseur, ses valeurs culturelles, son âge, son sexe, sa race, sa condition socioéconomique, son orientation sexuelle, ses capacités, son état psychologique et ses antécédents psychiatriques.

MARCHE À SUIVRE EN CAS DE VIOLENCE FAMILIALE SOUPÇONNÉE, OBSERVÉE OU SIGNALÉE

1. Si c'est possible, rencontrez la personne seule et dans un endroit privé.

2. Évaluez la santé physique et affective de la personne. Portez l'information suivante à son dossier médical : résumé de la discussion, description des blessures physiques, renseignements pertinents et suivi (voir la liste des caractéristiques possibles d'un agresseur, ci-dessous). Adoptez une approche réaliste et impartiale.

3. N'oubliez pas qu'une fois l'agresseur identifié, celui-ci ne voudra peut-être pas se faire traiter.

4. Le cas échéant, orientez l'agresseur présumé vers les services compétents (postes 3616 ou 5929).
   TGD - 3616
   TWD - 5929

CARACTÉRISTIQUES POSSIBLES D'UN AGRESSEUR

PHYSIQUES

1. Blessures aux mains ou égratignures au visage pouvant indiquer que la victime s'est défendue.
2. Rudesse à l'endroit des enfants
3. Manque de réalisme quant aux capacités et aux comportements des enfants

PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTALES

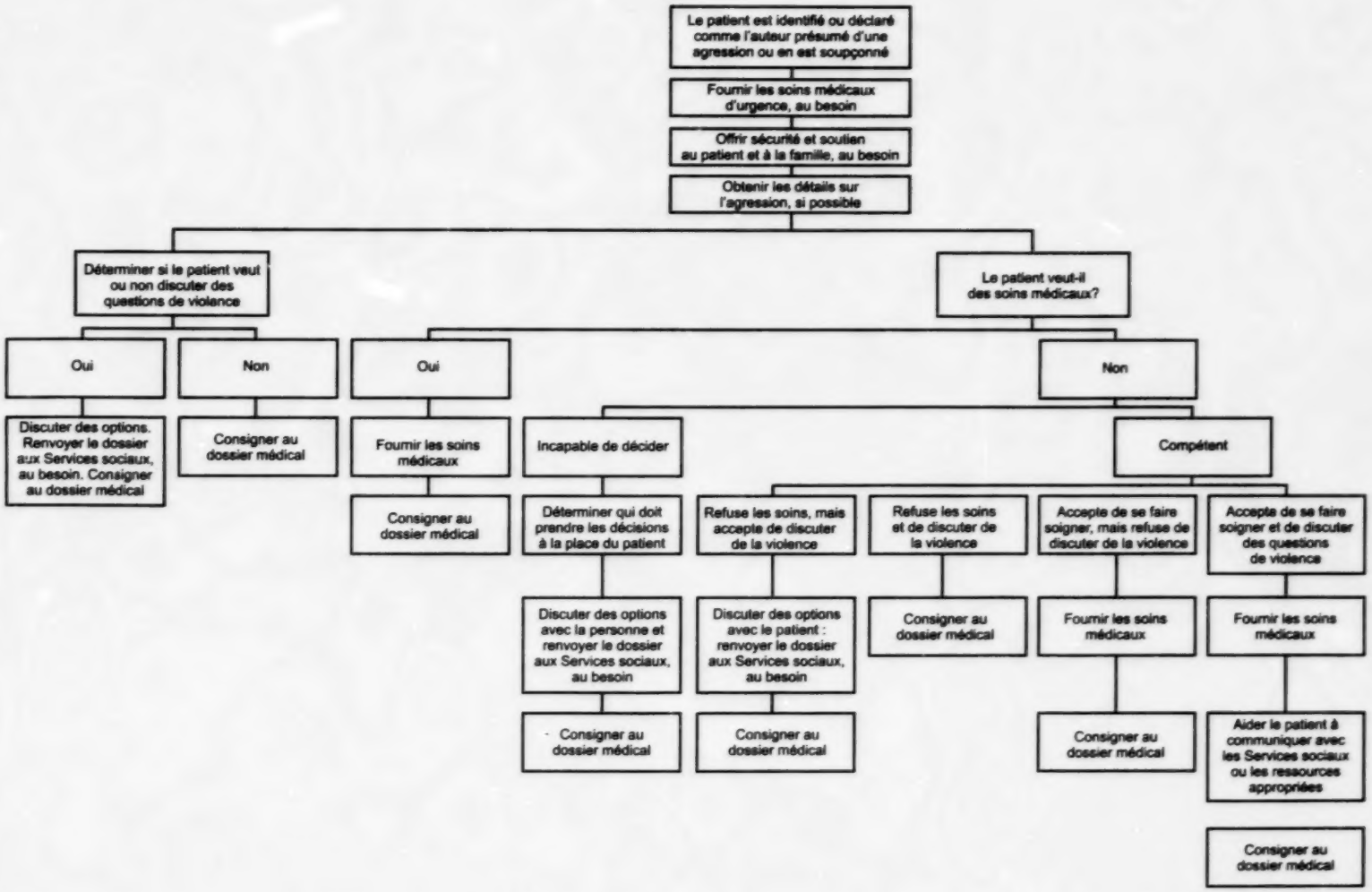
1. En salle d'urgence, ne s'éloigne pas de la personne blessée et refuse qu'elle s'entretienne avec l'intervenant en son absence.
2. Peut minimiser la gravité des blessures.
3. Croit qu'il était justifié d'infliger des blessures à la personne et qu'il a été provoqué.
4. Il peut y avoir une tension évidente au sein de la famille.
5. Tend à être jaloux et à ne pas faire confiance à son partenaire ou à qui que ce soit d'autre.
6. *A des idées arrêtées sur les rôles des hommes et des femmes.
7. *Croit que les femmes et les enfants doivent « être beaux et se taire ».
8. *Fait preuve de mépris plus ou moins prononcé à l'égard des femmes.
9. Peut user de violence verbale.
10. Croit que son conjoint ou ses enfants lui appartiennent.
11. A peut-être grandi dans une famille perturbée ou dans un climat de violence familiale.
12. Veut être considéré comme une victime.
13. Met son comportement sur le compte de l'alcool ou des drogues.
14. A de la difficulté à maîtriser ses excès de colère.
15. Peut donner l'impression d'être une personne aimable.
16. Peut être manipulateur :
    - en donnant des fleurs ou des cadeaux au partenaire maltraité;
    - en menaçant de se tuer ou en essayant de le faire;
    - en menaçant son partenaire de le tuer ou de tuer les enfants s'il le quitte.
17. Lorsqu'on lui parle des blessures de son partenaire ou de son enfant, tente d'éviter la question ou donne des réponses vagues.
18. Refuse de se faire soigner ou remet le traitement à plus tard.

SEXUELLES

1. *Manque de respect pour les droits ou les besoins sexuels des femmes (p. ex. : « Aucune femme ne peut se faire violer à moins qu'elle le veuille. »).
2. *Peut avoir des relations polygames.
3. Peut être attiré par des enfants ou des adolescents.

* (Si l'agresseur est un homme.)

The Toronto Hospital
Ordinogramme - auteur présumé d'une agression



BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

ACTION ON WOMEN'S ADDICTIONS—RESEARCH AND EDUCATION (AWARE). *Give and Take: a Booklet for Pregnant Women about Alcohol and Other Drugs*, Kingston, AWARE Press, Inc., 1996.

ALASKA NETWORK ON DOMESTIC VIOLENCE AND SEXUAL ASSAULT. *One in Five Women*, 1987.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. « Leaving abusive relationship involves process of change », *ACOG Today*, 41(9): 1–12, 1997.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. « Domestic violence », *ACOG Technical Bulletin*, 209, 1995.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. « Exploring ways to improve recognition and treatment of domestic violence », *ACOG Newsletter*, 37(7): 1–9, 1993.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence*, préparé par Anne Flitcraft, Chicago, American Medical Association, 992.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Lignes directrices sur la violence familiale à l'intention des infirmières*, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1992.

BERENSON, A. B., C. M. WIEMANN, G. S. WILKINSON, W. A. JONES et G. D. ANDERSON. « Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170(6): 1760–1769, 1994.

BOHN, D. K. « Nursing care of Native American battered women », *AWHONN's Clinical Issues*, 4(3): 424–436, 1993.

BOHN, D. K. « Domestic violence and pregnancy: implications for practice », *Journal of Nurse-Midwifery*, 35(2): 86–98, 1990.

BOHN, D. K., et B. PARKER. « Domestic violence and pregnancy: health effects and implications for nursing practice ». Dans J. Campbell et J. Humphreys (éds.), *Nursing Care of Survivors of Family Violence*, St. Louis, Mosby, 1993.

BRITISH COLUMBIA REPRODUCTIVE CARE PROGRAM (BCRCP). *Guideline 13: Domestic Violence in Pregnancy and Postpartum*, édition révisée, Vancouver, 1997.

BROWN, J. « Working toward freedom from violence: the process of change in battered women », *Violence Against Women*, 3(1): 5–26, 1997.

BULLOCK, L., et J. MACFARLANE. « The birthweight/battering connexion », *American Journal of Nursing*, 89(9): 1153–1155, 1989.

CAMPBELL, J. C., et D. W. CAMPBELL. « Cultural competence in the care of abused women », *Journal of Nurse-Midwifery*, 41(6): 457–462, 1996.

CAMPBELL, J. C., et J. HUMPHREYS. *Nursing Care of Survivors of Family Violence*, St. Louis, Mosby, 1993.

CAMPBELL, J. C., M. L. POLAND, J. B. WALLER et J. AGER. « Correlates of battering during pregnancy », *Research in Nursing & Health*, 15: 219–226, 1992.

CHEZ, N. « Helping the victim of domestic violence », *American Journal of Nursing*, 94(7): 33–37, 1994.

COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES (CRPA). Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, vol. 3, *Vers un ressourcement*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et des Services du Canada, 1996a.

COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES (CRPA). Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, vol. 4, *Perspectives et réalités*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et des Services du Canada, 1996b.

CONDITION FÉMININE CANADA. *À l'aube du XXIe siècle : Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes*, Ottawa, Condition féminine Canada, 1995.

CONNOLLY, A., V. L. KATZ, K. L. BASH, M. J. MCMAHON et W. F. HANSEN. « Trauma and pregnancy », *American Journal of Perinatology*, 14(6): 331–36, 1997.

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Parents en santé, bébés en santé*, Ottawa, Conseil national du bien-être social, 1997.

COVINGTON, D. L., V. K. DALTON, S. J. DIEHL, B. D. WRIGHT et M. H. PINER. « Improving detection of violence among pregnant adolescents », *Journal of Adolescent Health*, 21(1): 18–24, 1997.

DAY, T. *The Health-Related Costs of Violence Against Women in Canada: The Tip of the Iceberg*, London, Centre de recherche sur la violence faite aux femmes et aux enfants, 1995.

DICKSON, F., et L. M. TUTTY. « The role of public health nurses in responding to abused women », *Public Health Nursing*, 13(4): 263–268, 1996.

DIETZ, P. M., J. A. GAZMARARIAN, M. M. GOODWIN, F. C. BRUCE, C. H. JOHNSON et R. W. ROCHAT. « Delayed entry into prenatal care: effect of physical violence », *Obstetrics and Gynecology*, 90(2): 221–224, 1997.

DOMESTIC ABUSE INTERVENTION PROJECT. *Power and Control: Tactics of Men Who Batter, An educational curriculum*, Duluth, Minnnesota Program Development, 1990.

DONOVAN, P. « Physical violence toward pregnant women is more likely to occur when pregnancy was unintended », *Family Planning Perspectives*, 27(5): 222–223, 1995.

DOYLE, D. M., L. ROBERTS et J. BATH. *Battering in Pregnancy: A Review of the Literature and Recommended Health Care Practices*, Boston, Massachusetts Department of Public Health, Bureau of Family and Community Health, 1995.

DURST, D. « Conjugal violence: changing attitudes in two northern Native communities », *Community Mental Health Journal*, 27(5): 359–373, 1991.

FERRIS, L. E. *When the Wife Abuse Victim and Offender Are Patients of the Same Primary Care Physician: A Study to Establish Clinical Guidelines*, rapport pour Santé Canada, Toronto, Sunnybrook Health Sciences Centre, sans date.

FERRIS, L. E. « Canadian family physicians' and general practitioners' perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse », *Medical Care*, 32(12): 1163–1172, 1994.

FERRIS, L. E. et F. TUDIVER. « Family physicians' approach to wife abuse: a study of Ontario, Canada, Practices », *Family Medicine*, 24(4): 276–282, 1992.

FERRIS, L. E., M. MCMAIN-KLEIN et L. SILVER. « Documenting wife abuse: a guide for physicians », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 156(7): 1015–1022, 1997.

FERRIS, L. E., P. NORTON, E. DUNN et E. GORT. *A Study to Examine Dual Relationships: When the Wife Abuse Victim and Offender Are Patients of the Same Primary Care Physician*, rapport final pour Santé Canada, sans date.

FERRIS, L. E., P.G. NORTON, E.V. DUNN, E. H. GORT et N. DEGANI. « Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician », *Journal of the American Medical Association*, 278(10): 851–857, 1997a.

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE. *Lien : Violence contre les femmes et les enfants dans les relations et l'usage d'alcool et de drogue : chercher des solutions*, (trousse éducative), Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1995.

GAZMARARIAN, J. A., M. M. ADAMS, L. E. SALTZMAN, C. H. JOHNSON, F. C. BRUCE, J. S. MARKS, S. C. ZAHNISER et The PRAMS Working Group. « The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns », *Obstetrics and Gynecology*, 85(6): 1031–1038, 1995.

GAZMARARIAN, J. A., S. LAZORICK, A. M. SPITZ, T. J. BALLARD, L. E. SALTZMAN et J. S. MARKS. « Prevalence of violence against pregnant women », *Journal of the American Medical Association*, 275(24): 1915–1920, 1996.

GREAVES, L. et coll. *Selected Estimates of the Costs of Violence Against Women*, London, Centre de recherche sur la violence faite aux femmes et aux enfants, 1995.

GREENBERG, E. M., J. MCFARLANE et M. G. WATSON. « Vaginal bleeding and abuse: assessing pregnant women in the emergency department », *American Journal of Maternal Child Nursing*, 22: 182–186, 1997.

GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL-PROVINCIAL SUR L'INFORMATION SUR LES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA FAMILLE. *Bien-être de l'enfance au Canada : le rôle des autorités provinciales et territoriales en matière d'enfance maltraitée*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et des Services du Canada, 1994.

GUARD, A. *Violence and Teen Pregnancy: A Resource Guide for MCH Practitioners*, Newton, Mass., Children's Safety Network, Education Development Centre, Inc., 1997.

HANVEY, L., et D. KINNON. *The Health Care Sector's Response to Woman Abuse*, document de discussion à l'intention de la Division de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, 1993.

HANVEY, L., D. AVARD, I. GRAHAM, K. UNDERWOOD, J. CAMPBELL et C. KELLY. *La santé des enfants du Canada : profil statistique*, 2e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.

HELTON, A. S. *Protocol of Care for the Battered Woman: Prevention of Battering during Pregnancy*, White Plains, New York, March of Dimes Birth Defects Foundation, 1987.

HOTCH, D., A. GURNFELD, K. MACKAY et L. COWAN. *Domestic Violence Intervention by Emergency Staff*, Vancouver, Vancouver Hospital and Health Sciences Centre, 1995.

JAFFE, P., D. WOLFE et S. K. Wilson. *Children of Battered Women*, Thousand Oaks, Californie, Sage, 1990.

JOHNSON, H. *Dangerous Domains: Violence Against Women*, Toronto, Nelson Canada, 1996.

KENNEDY, L. « Women in crisis », *The Canadian Nurse*, 26–28, 1994.

KLERMAN, L. V. et D. W. REYNOLDS. « Interconception care: a new role for the pediatrician », *Pediatrics*, 93(2): 327–329, 1994.

LA PRAIRIE, C. *Seen But Not Heard: Native People in the Inner City*, Ottawa, ministre de la Justice et Procureur général du Canada, 1995.

LAROQUE, E. D. Violence dans les collectivités autochtones, *Vers la guérison*, Commission royale sur les peuples autochtones, pp. 72–89, 1993.

LEFEUVRE, J. *Fresh Start*, Toronto, Y.W.C.A., 1992.

LENT, B. *Wife Assault: A Medical Perspective*, Toronto, Ontario Medical Association, 1991.

LEVITT, C., L. HANVEY, D. AVARD, G. CHANCE et J. KACZOROWSKI. *Les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*, Ottawa, Santé Canada et Institut canadien de la santé infantile, 1995.

MACLEOD, L., et D. KINNON. *L'élimination de la violence envers les femmes: La prochaine étape de la prévention de la violence à la promotion de la santé des personnes, des familles, des collectivités et de la société*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et des Services gouvernementaux du Canada, 1996.

MADSEN, J. « Double jeopardy: women, violence and HIV », *Vis-à-vis* (numéro spécial), Conseil canadien de développement social, 13(3): 1–4, 1996.

MARTIN, F., et C. YOUNGER-LEWIS. « More than meets the eye: recognizing and responding to spousal abuse », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157(11): 1555–1558, 1997.

MCFARLANE, J. « Battering in pregnancy ». Dans C. M. Sampselle (éd.), *Violence Against Women: Nursing Research, Education and Practice Issues*, chapitre 14, New York, Hemisphere Publishing Corp., 1992.

MCFARLANE, J., et B. PARKER. *Abuse during Pregnancy: A protocol for Prevention and Intervention*, White Plains, New York, March of Dimes Birth Defects Foundation, 1994.

MCFARLANE, J., et B. PARKER. « Preventing abuse during pregnancy: an assessment and intervention protocol », *American Journal of Maternal Child Nursing*, 19: 321–324, 1994.

MCFARLANE, J., B. PARKER, K. SOEKEN et L. BULLOCK. « Assessing for abuse during pregnancy », *Journal of the American Medical Association*, 267(23): 3176–3178, 1992.

MEDICAL SOCIETY OF NOVA SCOTIA. *Woman Abuse: A Handbook for Physicians*, Dartmouth, Medical Society of Nova Scotia, Community Health Committee, 1991.

MEREDITH, L. M. *Establishing Links: Violence Against Women and Substance Abuse*, London (Ontario), Centre de recherche sur la violence faite aux femmes et aux enfants, 1996.

MEZEY, G. C., et S. BEWLEY. « Domestic violence and pregnancy », *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 104: 528–531, 1997.

MIDMER, D., A. BIRINGER, J. C. CARROLL, A. J. REID, L. WILSON, D. STEWART, M. TATE et B. CHALMERS. *A Reference Guide for Providers: The ALPHA Form—Antenatal Psychosocial Health Assessment Form*, 2e édition, Toronto, University of Toronto, Department of Family and Community Medicine, 1996.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA. *La violence est inacceptable peu importe la langue*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO. SAFE Tool, *First Steps to Future Safety: An Assessment Guide for Woman Assault*, en collaboration avec le Lakeshore Area Multi-Service Project (LAMP) et le Woman's Habitat, sans date.

MODELAND, A., R. BOLARIA et A. MCKENNA, « Domestic violence during pregnancy », *Saskatchewan Medical Journal*, 6(3): 4–9, 1995.

NEWBERGER, E. H., S. E. BARKAN, E. S. LIEBERMAN, M. C. MCCORMICK, K. YLLO, L. T. GARY et S. SCHECHTER. « Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: current knowledge and implications for practice », *Journal of the American Medical Association*, 267(17): 2370–2372, 1992.

NORTON, L. B., J. F. PEIPERT, S. ZIERLER, B. LIMA et L. HUME. « Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods », *Obstetrics and Gynecology*, 78(6): 321–325, 1991.

PALUZZI, P., et C. HOUDE. *The American College of Nurse-Midwives Domestic Violence Education Module*, Washington, D.C., The American College of Nurse Mid-Wives, 1995.

PARKER, B., et J. MCFARLANE. « Identifying and helping battered pregnant women », *American Journal of Maternal Child Nursing*, 16: 161–164, 1991.

PARKER, B., J. MCFARLANE et K. SOEKEN. « Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women », *Obstetrics and Gynecology*, 84(3): 323–328, 1994.

PARKER, B., J. MCFARLANE, K. SOEKEN, S. TORRES et D. CAMPBELL. « Physical and emotional abuse in pregnancy: a comparison of adult and teenage women », *Nursing Research*, 42(3): 173–178, 1993.

PARKER, V. F. « Battered », *RN*, 58(1): 26–29, 1995.

PETERSON, R., J. A. GAZMARARIAN, A. M. SPITZ, D. L. ROWLEY, M. M. GOODWIN, L. E. SALTZMAN et J. S. MARKS. « Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research », *American Journal of Preventive Medicine*, 13(5): 366–373, 1997.

POOLE, G. V., J. N. MARTIN, K. G. PERRY, J. A. GRISWOLD, C. J. LAMBERT et R. S. RHODES. « Trauma in pregnancy: the role of interpersonal violence », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174(6): 1873–1878, 1996.

RATTRAY, T., et B. FAMULARO. *Teens: Pregnant and Battered*, module de formation, diapositives et exposé à l'intention des professionnels qui travaillent auprès des adolescents, Kaiser Permanente Medical Care Program, March of Dimes Birth Defects Foundation Bay Area Chapter, et Physicians for a Violence-free Society, sans date.

RODGERS, K. « Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe », *Juristat*, 14(9), 1994.

ROSS, M. M., et L. A. HOFFF. « Teaching nurses about abuse », *The Canadian Nurse*, 90(6): 33–36, juin 1994.

SANTÉ CANADA. *Family-centred Maternity Care: National Guidelines*, Ottawa, à venir a.

SANTÉ CANADA. *Nutrition for a Healthy Pregnancy: National Guidelines for the Childbearing Years*, Ottawa, à venir b.

SANTÉ CANADA. *Répertoire canadien des programmes de traitement pour les hommes violents envers leurs conjointes*, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1997.

SANTÉ CANADA. *La violence conjugale et ses conséquences sur les enfants*, fiche de renseignements préparée par la London Family Court Clinic (Marlies Sudermann, Peter Jaffe et Lynn Watson), Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1996.

SANTÉ CANADA. *La violence conjugale*, fiche de renseignements préparée par Linda MacLeod, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1995a.

SANTÉ CANADA. *Guide sur la violence familiale à l'intention des spécialistes de la dentisterie*, par Donna Denham et Joan Gillespie, Ottawa, ministre des Approvisionnements et des Services du Canada, 1995b.

SANTÉ CANADA. *Les questions relatives à la violence : Un guide de formation interdisciplinaire à l'intention des professionnelles et des professionnels de la santé*, par Lee Ann Hoff, Ottawa, ministre des Approvisionnements et des Services du Canada, 1994.

SANTÉ CANADA. *La violence familiale à l'égard des femmes handicapées*, fiche de renseignements préparée par Bridget Rivers-Moore, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1993.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Safety Resource Kit for Abused Women*, conçu par le London Battered Women's Advocacy Centre, 1994.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Breaking the Cycle of Family Violence: Three-Day Intensive Training Module*, Ottawa, Initiative de lutte contre la violence familiale, 1993.

SALBER, P. « Domestic violence: how to ask the right questions and recognize abuse », *California Physician*, 9(12): 48–51, 1992.

SALBER, P. et E. TALIAFERRO. *The Physician's Guide to Domestic Violence: How to Ask the Right Questions and Recognize Abuse... Another Way to Save a Life*, Volcano, Californie, Volcano Press, 1995.

SASKATCHEWAN INSTITUTE ON PREVENTION OF HANDICAPS. *Domestic Violence During Pregnancy (kit)*. Saskatoon, Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps, 1997.

SAVARY, R. « When racism meets sexism: violence against immigrant and visible minority women », *Vis-à-Vis*, 12(1): 1–4, 1994.

SCHORNSTEIN, S. *Domestic Violence and Health Care: What Every Professional Needs to Know*, Thousand Oaks, Californie, Sage, 1997.

SEARLE. *Violence Against Women Empower Education Program*, Searle Women's Healthcare Division, sans date.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Violence Against Women*, Clinical Practice Guidelines Policy Statement, nº 46, 1996.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Healthy Beginnings: Guidelines for Care during Pregnancy and Childbirth*, Clinical Practice Guidelines, nº 18, 1995.

STARK, E. « Discharge planning with battered women », *Discharge Planning Update*, 14(2): 1–7, 1994.

STATISTIQUE CANADA. *La violence familiale au Canada*, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique, 89–5410XPE, 1994.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la violence à l'égard des femmes*, tableaux 1–25, 1993a.

STATISTIQUE CANADA. « Enquête sur la violence à l'égard des femmes : faits saillants », *Le Quotidien*, 18 novembre, 1993b.

STEWART, D. E. « Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 151(11): 1601–1604, 1994.

STEWART D. E., et A. CECUTTI. « Physical abuse in pregnancy », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 149(9): 1257–1263, 1993.

SUGG, N. K., et T. INUI. « Primary care physicians' response to domestic violence: opening pandora's box », *Journal of the American Medical Association*, 267(23): 3157–3160, 1992.

TAGGART, L., et S. MATTSON. « Delay in prenatal care as a result of battering in pregnancy: cross-cultural implications », *Health Care for Women International*, 17: 25–34, 1996.

TALIAFERRO, E. *Domestic Violence: Ten Steps for Physicians*, Dallas, Physicians for a Violence-free Society, 1998.

TOWNSEND, B. *Discovering the Child Within: A Workbook on Abuse during Pregnancy*, Cobourg, Ontario, Women in Crisis (Northumberland County), sans date.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA. FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ. *Curriculum Guide for Nursing: Violence Against Women and Children*, Ottawa, Université d'Ottawa, 1993.

WADHERA, S., et W. MILLAR. « Teenage pregnancies, 1974–1994 », *Rapports sur la santé*, 9(3): 9–17, 1997.

WALKER, L. *The Battered Woman*, New York, Harper and Row, 1979.

WALKER-HOOPER, A. « Domestic violence: Responding to victims' needs ». Dans C.G. Warner (éd.), *Conflict Intervention in Social and Domestic Violence*, London, Prentice-Hall, 1981.

WARSHAW, C., A. L. GANLEY et P. R. SALBER. *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*, San Francisco, Family Violence Prevention Fund, 1993.

WILSON, L. M., A. REID, D. MIDMER, A. BIRINGER, J. C. CARROLL et D. STEWART, « Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes », *Journal de l'association médicale canadienne*, 154(6): 785–799, 1996.

WOLFE, D. A., P. JAFFE, S. WILSON et L. ZAK. « Children of battered women: the relation of child behaviour to family violence and maternal stress », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 657– 665, 1985.

YOUNG, A., et J. MCFARLANE. « Preventing abuse during pregnancy: a national educational model for health providers », *Journal of Nursing Education*, 30(5): 202–206, 1991.